



Artigo revisão

O PLANEJAMENTO E A PROGRAMAÇÃO LOCAL EM SAÚDE COMO GARANTIA DO DIAGNÓSTICO REAL DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DA COMUNIDADE

THE PLANNING AND THE LOCAL PROGRAMMING IN HEALTH AS WARRANTY OF THE REAL DIAGNOSIS OF THE NEEDS OF THE COMMUNITY'S HEALTH

Resumo

Christiane da Silva Brito,
Vanda Palmarella Rodrigues,
Lívia dos Santos Mendes

Departamento de Saúde,
Universidade Estadual do
Sudoeste da Bahia (UESB)
Jequié - BA

E-mail:
chrisbrito_brito@yahoo.com.br

O propósito deste estudo foi o de analisar o Planejamento e a Programação Local em Saúde (PPLS) PPLS e a sua aplicabilidade na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família do município de Jequié, BA. Participaram como sujeitos do processo os usuários da unidade e profissionais da equipe. Os resultados nos permitiram o reconhecimento da falta de sensibilização de alguns sujeitos do processo acerca do potencial de construção e validação do Sistema Único de Saúde (SUS), e a compreensão da viabilidade do PPLS para prática do profissional na transformação do perfil da saúde.

Palavras-chave: planejamento, atenção básica, promoção da saúde.

Abstract

The purpose of this study was it of analyzing of the Planning and the Local Programming in Health (PPLS) and your utilization in the area of inclusion of an Unit of Health of the Family of the municipal district of Jequié, BA. They participated as subject of the process the users of the unit and professionals of the team. The results allowed the recognition of the lack of sensibility of some subject of the process concerning the construction potential and validation of the unique system of Health (SUS), and the understanding of the viability of PPLS for the professional's practice in the transformation of the profile of the health

Key words: planning, basic attention, health promotion.

Introdução

A reorientação da Atenção Básica se efetiva por meio da implementação da prática da Vigilância à Saúde que, segundo Mendes¹, parte do reconhecimento de um território para, nele, identificar e explicar os problemas aí contidos, definindo seus nós críticos e atuando, sobre eles, mediante um conjunto articulado de operações organizadas intersetorialmente. Nesta perspectiva, é possível deslocar a visão de que o modelo médico-assistencial-privatista é o centro do sistema de saúde, sendo que o mesmo assiste muito

mais a doença do que promove saúde, para o modelo da Vigilância à Saúde que enfoca o sujeito integral, sua cultura e contexto social, visando ações de promoção e prevenção, de forma a organizar um sistema, verdadeiramente de atenção à saúde.

Uma das estratégias de implementarmos o modelo assistencial de Vigilância à Saúde é adotar o Planejamento e a Programação Local em Saúde (PPLS), que pode ser conceituado, segundo Vilasboas e Teixeira² como simples técnica de racionalização de atividades e recursos ou como prática social que envolve os sujeitos dotados de vontade política. Desta forma, compreendendo o usuário do serviço de saúde como sujeito do processo saúde/doença, bem como o gestor e os gerentes do sistema de saúde, percebe-se a capacidade do PPLS de tornar este usuário protagonista dessa construção social.

Neste contexto, foi analisado o potencial do referido instrumento que a partir de problemas concretos, em território determinado, se torna possível realizar ações numa perspectiva intersetorial¹ e na medida em que permite um maior vínculo entre usuário e profissionais, humaniza a assistência e torna o usuário responsável pela promoção e manutenção à saúde.

Essas ações permeiam ainda um modo de realizar o controle social, vislumbrando a participação do usuário, sem interferências ou indicação dos personagens, ou seja, se faz saúde atendendo as necessidades da população, a partir da análise dos determinantes e condicionantes inerentes ao processo saúde/doença.

O curso de graduação em enfermagem permitiu ao graduando a realização do PPLS durante a prática de campo da disciplina Planificação em Saúde, situação que possibilita um maior contato com a população, seus problemas de saúde, sua cultura e com a prática social de planejar e programar em saúde. Desta forma, foram identificadas as dificuldades e facilidades durante este processo de modo a despertar para o despreparo por parte de alguns sujeitos para atuarem diante do novo paradigma de saúde.

Portanto, ficou evidente a necessidade de um maior conhecimento neste âmbito e para tanto este estudo teve como propósito o de analisar o PPLS e a sua aplicabilidade na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família do município de Jequié-BA.

Percurso metodológico do estudo

Este estudo trata de um relato de experiência vivenciado em campo de prática numa Unidade de Saúde da Família do município de Jequié-Ba, por acadêmicos do Curso de enfermagem.

No primeiro momento foi realizada uma oficina em sala de aula, baseada em uma situação fictícia, que descrevia os perfis sócio-econômico-cultural, demográfico e epidemiológico do município “Vista Alegre”, numa proposta de intervenção dos acadêmicos a partir do Planejamento e Programação que consiste segundo Villasboas e Teixeira², em identificar, selecionar e priorizar problemas a serem enfrentados.

Deste modo, foi traçado os objetivos, havendo a definição das ações, analisando simplificada a viabilidade e formulada estratégias de ação para a partir daí, possibilitar a implementação da programação operativa.

O segundo momento, no espaço físico reservado pelos profissionais de saúde, o salão da Pastoral da Criança, aconteceu uma reunião de caráter deliberativo, sendo levantados e priorizados os problemas de saúde pela população adscrita, enfermeira da unidade e agentes comunitários de saúde, contando com a participação dos acadêmicos de enfermagem, que desempenharam o papel de facilitadores do processo e da docente na condição de supervisora da aplicação prática da disciplina.

Foram utilizadas as planilhas de priorização de problemas do estado de saúde da população (Planilha 1B) e a planilha de priorização de problemas da unidade de saúde (Planilha 1C).

Assim, no terceiro momento foi realizada uma reunião em que foram aplicadas as duas Árvores de Objetivos, sendo uma referente aos problemas de saúde e a outra aos problemas da unidade de saúde (localização, iluminação, segurança) tendo a participação ativa da equipe de saúde da família (enfermeira, médica, auxiliar de enfermagem), de um representante do Conselho Local de Saúde, de um trabalhador de saúde (recepcionista), acadêmicos de enfermagem e a docente da disciplina.

Neste contexto, foram pontuados e discutidos de maneira crítico-reflexiva questões políticas, educacionais, culturais, econômicas que envolvem o perfil da comunidade, e que influenciam no direcionamento da programação e planejamento em saúde, dando continuidade ao processo de planejamento iniciado com a comunidade.

Resultados e Discussão

O presente estudo permitiu aos acadêmicos do curso de enfermagem experienciar a parceria prática, crítico-reflexiva, com a comunidade, sendo considerado, em um primeiro momento, a aplicação do conhecimento teórico numa situação real e ao mesmo tempo que permitiu compreender a viabilidade do PPLS para nortear a prática do profissional na transformação do perfil da saúde.

Ao longo desse estudo foi analisada as considerações teóricas no intuito de vislumbrar as possibilidades do modelo da Vigilância à Saúde pautado nos determinantes dos modos de vida e saúde, abrangendo as dimensões individuais e coletivas.

Há de se admitir as dificuldades apresentadas para a construção de tal processo político-democrático e participativo, como por exemplo, a pequena quantidade de sujeitos ativos que ocuparam, nesta experiência, o espaço disponibilizado para a priorização de serviços para a comunidade, demonstrando falta de engajamento, a falta de compreensão do conceito ampliado de saúde pelos mesmos, o que dificultou o direcionamento da proposta implementada, de acordo com suas necessidades reais.

Apesar de tais dificuldades, a presença dos usuários, ainda que numa minoria, foi considerada para um momento construtivo, vista como avanço positivo.

De acordo com a planilha 1B (Priorização de Problemas) foram priorizados pela comunidade os seguintes problemas: hipertensão arterial e diabetes mellitus, dengue; problemas respiratórios; drogas; AIDS em ordem classificatória. No que se refere aos problemas da unidade foram priorizados na Planilha 1C (Planilha de Priorização da Unidade de Saúde) na seguinte ordem de prioridades: falta de dentista; marcação externa de exames; falta de saneamento básico; segurança e tamanho da unidade.

No 2º momento da oficina, trabalhamos a “árvore de problemas”, em que o problema foi descrito priorizando a alta prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus em pessoas acima de 40 anos em ambos sexos, na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF). Como causas foram levantados: falta de lazer; condições econômicas e culturais, baixa escolaridade; a idade; dieta rica em sódio e pobre em potássio; obesidade; hábitos de vida sedentários e a hereditariedade, e como consequência o Acidente Vascular Encefálico (AVE); a Insuficiência Renal: a dependência dos familiares; alto custo com hospitalização e medicamentos; exclusão do mercado de trabalho: retinopatia, invalidez, incapacidade física, coma.

Dando continuidade ao processo foram apresentados na Planilha 2, “Árvore de Problemas”, a grande carga horária e a baixa remuneração; a falta de participação comunitária; a falta de comunicação entre o Conselho Municipal de Saúde e o Conselho Local de Saúde; a falta de interesse dos gestores; a falta de cobrança por parte da comunidade e a desarticulação entre o planejamento e a execução como causas para o problema da Unidade de Saúde que consiste na falta de dentista na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família que deixa de atender 90% da população no 1º semestre de 2005, este pode ocasionar as seguintes consequências desarticulação Temporomandibular, prejuízo estético; fístula para pele e abscesso dentário; perdas dos dentes precocemente; evolução das doenças dentárias e agravos.

Em relação a Planilha 3, “Árvore de Objetivos” para os problemas de saúde, foram elaborados os objetivos que viabilizaram a redução da incidência dos casos existentes de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus em pessoas com mais de 40 anos da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família em 2005.

Reconhecemos a falta de sensibilização da população acerca do seu potencial de construção e validação do SUS, principalmente quando percebe-se que alguns membros da comunidade em alguns momentos influenciavam-se pelo posicionamento adotado por alguns membros da ESF. Foi observado também que a mesma permanece arraigada ao modelo médico-hospitalocêntrico, o que pode ser bem representado pela extrema valorização, por parte dos usuários, da presença de um odontólogo como forma de promover a saúde bucal, enquanto, segundo um profissional de saúde da unidade, a campanha de sensibilização para a escovação, que realmente promoveria a saúde bucal, não alcançou resultados positivos.

Convém ressaltar a falta de saneamento básico do ambiente o que não foi prioritariamente pontuado como fator de risco e/ou determinante de agravos

para a saúde. É baseado neste contexto que fica perceptível a dificuldade encontrada pela ESF de se produzir mudanças nos hábitos de vida de uma população.

Foi observado que um dos desafios para se alcançar um patamar coletivo de saúde, requer automotivação, autonomia e participação ativa dos usuários no desejo de validação do PPLS e dos Conselhos Locais; desses perceberem os membros da ESF como parceiros numa perspectiva político engajadora, tornando-se co-responsável pela situação de saúde da comunidade em que vive; de uma vontade política; ações interdisciplinares e intersetoriais e que deve incluir, entre outras, ações educativas permanentes.

Nessa perspectiva, considerando as limitações do diagnóstico epidemiológico em apontar as legítimas necessidades de saúde da população, foi visualizada a capacidade do PPLS de superar tais limitações e definir socialmente estas necessidades, por meio da análise da cultura, política e economia da comunidade em questão.

Os caminhos apontados pelo planejamento e programação direcionam para a produção da credibilidade para com a equipe de saúde e para a gestão municipal da saúde.

Considerações Finais

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) tem trazido muitas novidades para a sociedade brasileira. Como uma importante reforma de Estado construída com base na mobilização de amplos setores sociais, o sistema de saúde está baseado em princípios e valores inovadores: conceito ampliado de saúde, ação intersetorial, integralidade da atenção³.

Há diversos caminhos para a construção desse processo social que é o planejamento local em saúde. Tal planejamento abre mais um viés para a participação da comunidade na gestão do SUS, como está disposto na Lei 8.142, ao mesmo tempo em que impulsiona os cidadãos para a realização do controle social participando das Conferências e Conselhos de Saúde. Compreendemos estes meios como espaços de participação, racionalização, integralidade e equidade, contribuindo, assim, para que a gestão seja reconhecida como participativa e flexível, cumprindo com o arcabouço jurídico-normativo, composto pela Constituição Federal, Leis 8.080/90 e 8.142/90 e normas complementares.

Oportunamente acrescenta-se que esse é um espaço que se assemelha a uma ouvidoria pública, na qual todos os sujeitos do processo podem, através do conflito como forma de proporcionar uma maior clareza de debates, discutirem questões relevantes que disponibilizem soluções eficazes para os problemas/necessidades de saúde.

Por fim, visualizando o amplo espectro de conhecimentos que se fazem necessários para a (trans)formação de um profissional de saúde sensível aos princípios do SUS, disposto a contribuir para as mudanças na Saúde Pública do país e, principalmente, para a mudança da realidade de saúde da comunidade.

É possível perceber que enfermeiros, médicos, agentes comunitários, auxiliares de enfermagem, gestores, gerentes de saúde e usuários tem muito a contribuir, juntamente com as instituições de ensino superior, para a concretização da democracia e da integralidade, pois, deste modo, a comunidade pode atuar de forma consciente na resolução e construção de questões que até o momento pareciam utópicas do Sistema Único de Saúde. Por fim, vale ressaltar que a equidade depende da capacidade do SUS de identificar diferenças na vulnerabilidade ou no risco de pessoas ou agrupamentos adoecerem ou sofrerem agravos a sua saúde e, em função desse diagnóstico, proceder-se à concentração de recursos necessários à proteção das pessoas⁴.

Referências Bibliográficas

1. Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1999.
2. Villasboas AL, Teixeira CF. Orientações Metodológicas para o planejamento e Programação das ações de Vigilância da Saúde nas Áreas de Abrangência do PACS-PSF, Bahia. In: Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. *Manual para Treinamento Introdutório das Equipes de Saúde da Família: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da família*. Salvador; 2001.
3. Brasil, Ministério da Saúde. *Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área de saúde*. Brasília; 2004.
4. Campos GWS, Cecílio LCO, Merhy EE. *Inventando a Mudança na Saúde*. Hucitec: São Paulo; 1994.

Endereço para correspondência

Rua 15 de novembro, 414 - Centro
Jequié – BA
Cep: 45203-570

Recebido em 26/07/2005

Revisão em 11/09/2005

Aprovado em 12/10/2005