

A UTILIZAÇÃO DO MÉTODO ALTADIR DE PLANEJAMENTO POPULAR EM ATIVIDADES DE ESTÁGIO CURRICULAR

Lacita Menezes Slalinski *

Maria José Scochi **

Thaís Aidar de Freitas Mathias **

RESUMO

O presente trabalho relata a utilização do Método Altadir de Planejamento Popular durante estágio curricular do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá-PR, no levantamento e seleção de problemas e elaboração de estratégias para a sua resolução. Percebeu-se que os Agentes Comunitários de Saúde, que trabalham no Programa de Saúde da Família sentiam dificuldades para identificar situações de risco e esclarecer as dúvidas da população durante as visitas domiciliares. Como consequência, o profissional não cumpria plenamente suas funções e a educação em saúde não atingia toda a comunidade. Na busca da resolução desse problema foram realizadas oficinas com temas previamente definidos em conjunto com os Agentes. Ao término dos encontros, observou-se maior segurança ao comunicarem-se com a população e aproveitamento das atribuições desses profissionais.

Palavras-chave: Educação em saúde. Saúde da família. Estudantes de enfermagem. Enfermagem em saúde pública.

INTRODUÇÃO

A Conferência de Alma-Ata de 1978, realizada pela Organização Mundial de Saúde preconizou “Saúde para todos no Ano 2000”. Desde então, vem sendo observada expansão de cobertura assistencial, principalmente por meio da atenção primária. Vários programas e iniciativas foram implantados até a criação do Sistema Único de Saúde em 1990 (Lei 8080/90), caracterizado por um moderno modelo de organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2001).

Em 1994, O Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Saúde da Família (PSF) no intuito de prestar uma assistência mais direcionada às famílias, atendendo-as e orientando-as na prevenção de doenças,

diminuindo assim o número de internações hospitalares e a prática da medicina exclusivamente curativa.

Os princípios que norteiam o PSF são: descentralização, municipalização, integralidade e qualidade das ações. Esse programa tem entre suas funções gerar/obter e analisar dados, produzir informações sobre as necessidades de saúde, organizar o processo de trabalho da equipe e intervir nas necessidades de saúde das famílias.

Os profissionais contratados para trabalhar com o PSF vieram também de serviços hospitalares; mas não só, pois grande parte já atuava em Unidades Básicas de Saúde (UBS), com ações que impunham limites para a efetivação dos princípios do programa. Segundo Fertoni (2002), o PSF tem diretrizes que envolvem uma reorientação do

* Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: lmslalinski@yahoo.com.br

** Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá – Paraná. E-mail da profa. Dra. Maria José Scochi zeza@wnet.com.br e e-mail da profa. Dra. Thaís Aidar de Freitas Mathias tafmathias@uem.br

modelo assistencial a partir da atenção básica com o estabelecimento de vínculos, compromissos e co-responsabilidade entre os profissionais e a população.

Sousa (2002) aponta que as diretrizes do PSF possibilitam a obtenção de racionalidade na utilização dos níveis de maior complexidade assistencial, além de construir um vínculo entre profissionais e usuários do serviço de saúde. Mesmo assim, essa modalidade assistencial ainda precisa superar muitos desafios, porque sofre grande influência do modelo biomédico e também do modo capitalista de produção.

Uma das atividades de intervenção usada como estratégia pelo PSF é a Visita Domiciliar (VD) e o Agente Comunitário de Saúde (ACS), o profissional que mais realiza essa prática. A VD, além de ter a função do cadastramento das famílias, serve para identificar as características sócio-econômicas, vulnerabilidade aos agravos de saúde e a dinâmica das relações familiares. Planejamento, execução, registro de dados e avaliação são as etapas compreendidas em uma VD para que a equipe possa organizar o melhor plano assistencial a ser praticado.

Prestar assistência de qualidade supõe conhecimento e boa relação entre a equipe e a família, considerando suas dúvidas, opiniões e atuação na proposição de suas ações. Portanto, é importante considerar o efeito da cultura sobre a saúde de cada família, respeitando suas crenças e práticas de saúde, valores e papéis familiares, padrões de comunicação e enfrentamento familiar. A classe social nunca pode ser deixada de lado ao se realizar uma visita, pois é ela que determina as condições de vida às quais a assistência deve ser adaptada e os recursos disponíveis, como os naturais, materiais, sociais, políticos e econômicos.

É no contexto do PSF que este trabalho foi realizado, pois relata o desenvolvimento de atividades em uma UBS em Maringá, PR, tendo como objetivos relatar uma experiência de utilização do Método Altadir de Planejamento

Popular (MAPP) no levantamento de problemas e elaborar um plano de intervenção. Trata-se de um plano de ação elaborado como parte do Estágio Interdisciplinar, disciplina do último ano do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

O Método Altadir de Planejamento Popular (MAPP) é uma proposição que toma por base os princípios do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (HUERTAS, 1996). Possui características operativas para nível local com o objetivo de viabilizar a planificação a partir de uma base popular. Por ser simples e criativo, favorece o envolvimento e comprometimento da comunidade no enfrentamento dos problemas, sendo coerente com os princípios do SUS e, por conseguinte, recomendado como instrumento para elaboração do planejamento em UBS (MÉTODO..., 1994).

O MAPP representa uma proposta para a efetivação da participação social e para a descentralização dos serviços de saúde. Partindo do pressuposto que diferentes atores da unidade de saúde participam do plano de ação com a sua visão própria, o MAPP também fortalece o compromisso desses atores sociais, a partir do momento em que analisam os problemas e propõem as soluções. Alguns conceitos operacionais próprios dessa metodologia serão utilizados no decorrer do trabalho.

Relacionamos abaixo os 15 passos do MAPP, para que os leitores possam compreender melhor o desenvolvimento do plano de ação.

Esse método foi recomendado para utilização no período de estágio, que foi realizado por duas alunas, sob a supervisão docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, no intuito de participar ativamente das atividades de duas equipes do PSF observando, acompanhando o trabalho das mesmas, desenvolvendo atividades e apresentando sugestões de mudanças que poderiam ser realizadas juntamente com as equipes.

PASSOS	ATIVIDADE DESENVOLVIDA
1	Seleção dos problemas do plano
2	Descrição do problema
3	Explicação do problema (árvore explicativa)
4	Desenho da situação objetivo
5	Seleção dos nós críticos
6	Desenho das operações e demanda das operações
7	Definição das responsabilidades das operações
8	Definição de responsáveis pelas demandas de operação
9	Avaliação e cálculo dos recursos necessários para desenvolver as operações
10	Identificação dos atores sociais relevantes e sua motivação frente ao plano
11	Identificação de recursos críticos para desenvolver operações
12	Identificação dos atores que controlam os recursos
13	Seleção de trajetórias
14	Análise de vulnerabilidade do plano
15	Desenho de sistema de prestação de contas

Quadro 1. Relação dos 15 passos do MAPP.

Fonte: Método Altadir de Planejamento Popular (1994).

DESENVOLVIMENTO

A observação das atividades desenvolvidas na UBS durante o período de estágio permitiu identificar alguns problemas que ocorrem com frequência e que dificultam o andamento do trabalho e o desenvolvimento do PSF. A etapa do estágio que contemplou essa observação levou aproximadamente dez dias. O primeiro passo do MAPP, que se refere à seleção dos problemas foi realizado neste período, compreendendo uma discussão com a equipe de saúde, quando se verificou a validade destes problemas e o valor atribuído a cada um deles.

Entre os problemas que foram apontados pela equipe, pôde-se destacar o comprometimento das relações interpessoais entre os trabalhadores da UBS, a falta de estrutura física adequada na unidade para o trabalho e atendimento e a dificuldade dos agentes em responder questões referentes à saúde que eram levantadas pela população.

Para desenvolver um plano de atenção que contemplasse a resolução de um entre os diversos problemas, foi necessário selecionar o mais importante. Foram discutidas, pelas

estagiárias, a validade de cada problema e a repercussão desses na comunidade. Percebeu-se que aqueles derivados de ordem comportamental precisariam ser discutidos individualmente e que os relacionados à estrutura física competiam ao poder público.

Por ter como foco o trabalho das equipes do PSF, foi decidido desenvolver um plano de ação relacionado a esse programa. Durante conversas com os ACS, oito entre dez entrevistados relataram grande dificuldade ao responder as questões levantadas pela população na realização das VD. Tais questões geralmente se referiam às doenças mais comuns na área de abrangência. Assim, após discutir e avaliar a sua necessidade, decidiu-se trabalhar com a educação em saúde dentro da equipe, promovendo encontros com os ACS para discussão de conteúdos pertinentes à prevenção e conhecimentos básicos sobre saúde.

A falta de conhecimento básico dos ACS sobre as doenças mais comuns na população foi o problema selecionado.

A profissão do ACS foi criada em 1991, mas só teve a sua regulamentação em 10 de julho de 2002, com a Lei Federal nº 10.507,

que cria a profissão e dá outras providências (BRASIL, 2002). No ano seguinte, tal lei foi elaborada por consultores técnicos do Departamento de Gestão da Educação na Saúde e do Departamento de Atenção Básica de Saúde, representantes de ACS, das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), Pólos de Capacitação do PSF e representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde (MS). Dispõe sobre as atribuições, funções, competências e habilidades desse profissional (BRASIL, 2003).

No conceito de competência do ACS, destaca-se que:

Os ACS atuam no apoio aos indivíduos e coletivos sociais, identificando as situações mais comuns de risco em saúde, participando da orientação, acompanhamento e educação popular em saúde, estendendo as responsabilidades das equipes locais de saúde, colocando em ação conhecimentos sobre a prevenção e solução de problemas de saúde, mobilizando práticas de promoção da vida em coletividade e de desenvolvimento das interações sociais (BRASIL, 2003, p. 8).

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), é competência do ACS: “Participar do desenvolvimento das atividades de planejamento e avaliação, em equipe, das ações de saúde no âmbito de adscrição da respectiva UBS”. Para que isso aconteça, algumas habilidades e conhecimentos são necessários para estes profissionais, como:

- Priorizar os problemas de saúde de cada microárea, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde.

- Conhecimento de doenças mais comuns por grupo etário, estratégias de avaliação em saúde (conceitos, tipos, instrumentos e técnicas de utilização).

- Conceito e critérios de qualidade da atenção em saúde (acessibilidade, satisfação do usuário, equidade, etc).

- Identificar e informar a equipe de saúde sobre a ocorrência de novas situações de risco em cada microárea de atuação.

- Orientar indivíduos e grupos sobre as medidas que reduzam ou previnam os riscos.

- Desenvolver ações de prevenção e monitoramento, definidas no plano de ação das equipes, dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes conforme protocolos de saúde pública.

Após conhecer as competências desse profissional e ouvir os relatos dos ACS na UBS, foi possível concluir que como consequência de sentirem-se despreparados para responder os questionamentos da população sobre as doenças mais comuns na área de abrangência, os ACS não têm o desempenho de todas as suas funções, porque não estão aptos a identificar situações de risco.

Para realizar o segundo passo do MAPP (descrição do problema) foi necessário identificar os agentes descritores e indicadores para elaboração das estratégias de intervenção e esses são apontados no quadro 2.

DESCRITORES	INDICADORES
Conhecimento insuficiente dos ACS e dificuldades para identificação de problemas nas visitas domiciliares.	Oito entre dez ACS entrevistados relataram dificuldades em questões levantadas pela população.

Quadro 2 – Descritores e indicadores do problema selecionado.

Desta forma, dando prosseguimento à utilização do MAPP, foi construída a árvore explicativa (terceiro passo da metodologia), para compreender as causas e consequências do problema identificado (Quadro 3).

Entende-se que não é função específica do ACS realizar a atenção primária, mas como ele

é o membro da equipe que mais tem contato direto com a população e como o PSF tem como objetivos a prevenção e promoção, a dificuldade em identificar situações de risco acaba conduzindo à não-realização da atenção primária e as funções do PSF tornam-se mais curativas do que preventivas. Por acreditar na

educação permanente como uma das formas para se atingir a capacitação desses profissionais para que possam realizar educação em saúde, optou-se por trabalhar com esse método a fim de esclarecer as maiores dúvidas e proporcionar conhecimentos que permitam a realização de orientações em saúde à população.

Portanto, faz-se necessária a implantação da educação permanente na equipe de saúde, especialmente para os ACS, pois se observa que suas funções são vastas e passíveis de atuação; porém não existe preparo e treinamento adequado para a sua realização. Partindo do pressuposto que os ACS foram contratados sem requisitos de formação específica na área de saúde, é importante que sejam bem capacitados para desenvolver habilidades e cumprir as atribuições estabelecidas na lei.

Após a análise da explicação situacional do MAPP, foi possível traçar, em conjunto com a equipe, as operações utilizadas para o enfrentamento, planejando as atividades que seriam desenvolvidas para intervir sobre as causas do problema selecionado. Para tanto, ocorreu mais uma etapa no estágio de aproximadamente dez dias. Foi solicitado aos ACS que entregassem, por escrito, os temas que gostariam de conhecer melhor. Foram selecionados quatro entre os temas mais pedidos e foi confeccionado material impresso de divulgação contendo o cronograma das oficinas, que duraram quatro semanas, com um encontro semanal. Nessas reuniões, houve apoio de materiais didáticos disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde, participação dos dois médicos e das duas enfermeiras das equipes. Após a apresentação e discussão dos temas, as dúvidas foram esclarecidas.

Silva, Spagnol e Freitas (2004) também abordam um trabalho desenvolvido por alunas de enfermagem utilizando o planejamento estratégico na identificação e elaboração de

um plano operacional em uma unidade hospitalar. A experiência obtida levou as autoras à conclusão de que esse método deve ser adotado de forma coletiva, com o comprometimento de todos os profissionais da equipe de saúde, implementando ações que solucionem os problemas cotidianos.

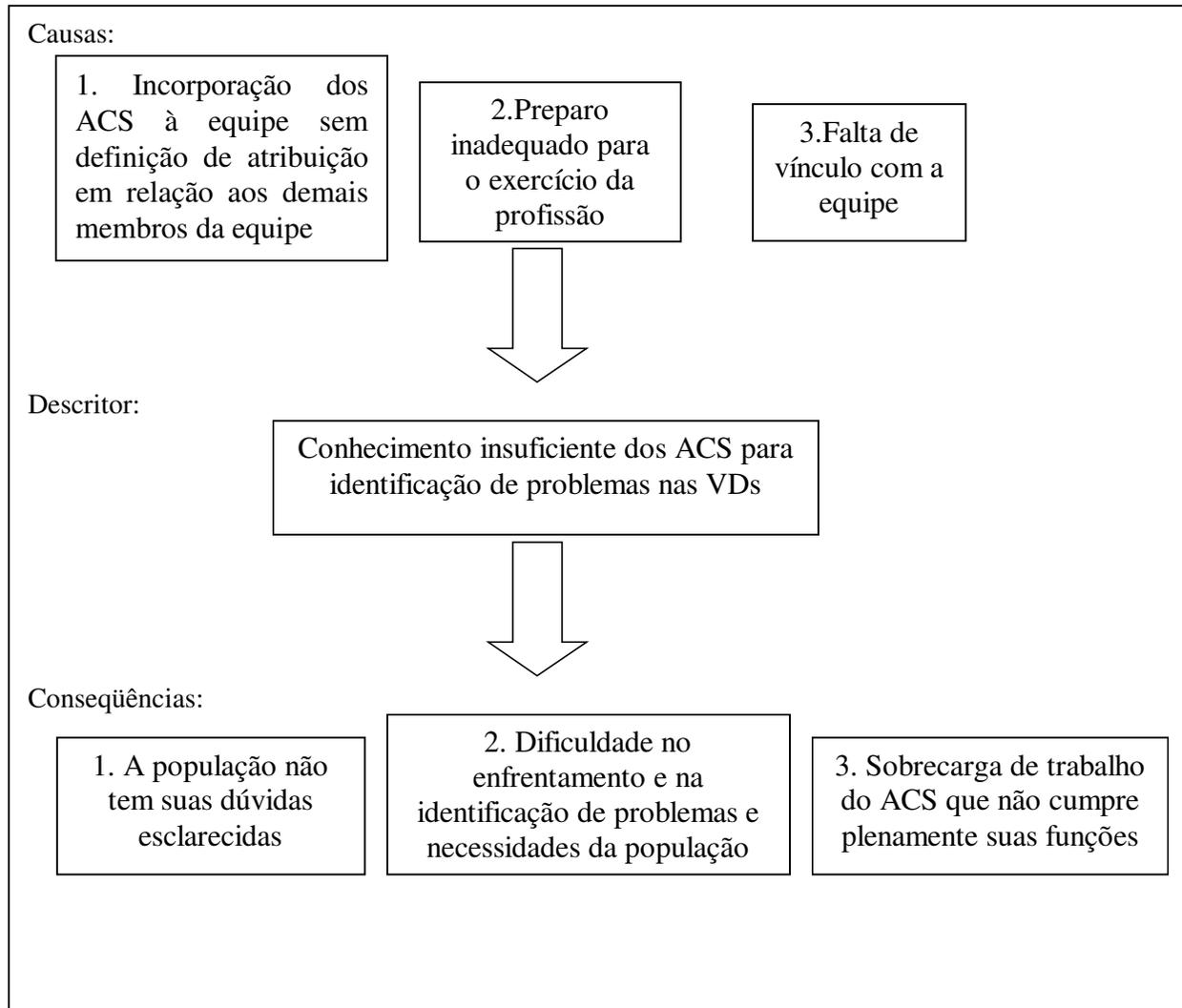
CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final dos encontros com os ACS, foi possível obter avaliação positiva desses profissionais e despertar o interesse por novos conhecimentos na área de saúde. Percebeu-se dedicação durante as oficinas, quando os ACS levantaram questionamentos, especialmente no que se refere à educação em saúde, para que pudessem orientar medidas preventivas à população.

Durante o acompanhamento das VDs, notou-se, também, maior segurança dos profissionais no esclarecimento das dúvidas da população. Além disso, a integração da equipe teve uma melhora significativa na comunicação de situações de risco e discussão de casos interessantes.

Após o trabalho concluído, o que coincidiu com o fim do período de estágio, os ACS solicitaram que as reuniões continuassem, com a presença do médico e enfermeira de cada equipe, sugerindo novos temas e novos questionamentos.

Em relação ao MAPP, pôde-se constatar a sua eficácia no trabalho em equipe para levantar problemas, identificar suas causas, descritores e conseqüências, selecionar frentes de ataque e operacionalizar as demandas da ação. A árvore explicativa retratou uma realidade de forma clara, retroalimentando a intervenção. Considerou-se o processo de conhecimento e utilização do método de grande valia para o desenvolvimento profissional das alunas, visto que se tratava do último estágio curricular.



Quadro 3. Árvore explicativa do MAPP.

THE USE OF ALTADIR METHOD OF POPULAR PLANNING IN ACTIVITIES OF NURSING STUDENT TRAINING: REPORT OF EXPERIENCE

ABSTRACT

The present work reports the use of the Altadir Method of Popular Planning during student training of Nursing Undergraduate Course, at the survey of and selection problems, and creation of strategies for its solution. It was noticed that the Community Agents that work at the Family Health Program had difficulties to identify risk situations and to clarify the doubts of the population during home visits. Consequently, the professionals did not fully accomplish their functions and the health education did not reach the whole community. In the search for the resolution of such problem workshops were accomplished with themes previously defined with the Agents. At the end of the meetings, it was observed that they were able to communicate with the population and to make a better use of their knowledge.

Key words: Health education. Family health. Nursing students. Nursing in public health system.

LA UTILIZACIÓN DEL MÉTODO ALTADIR DE PLANIFICACIÓN POPULAR: RELATANDO ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA CURRICULAR

RESUMEN

El presente trabajo relata la utilización del Método Altadir de Planificación Popular durante práctica curricular del curso de Graduación en Enfermería, en el levantamiento y selección de problemas y elaboración de estrategias para su resolución. Se percibió que los Agentes Comunitarios de Salud, que trabajan en el Programa de Salud de la Familia sentían dificultades para identificar situaciones de riesgo y esclarecer las dudas de la población durante las visitas domiciliarias. Como consecuencia, el profesional no cumplía plenamente sus funciones y la educación en salud no alcanzaba toda la comunidad. En la búsqueda de la resolución de ese problema fueron realizados talleres con temas previamente definidos en conjunto con los Agentes. Al término de los encuentros, se observó mayor seguridad para comunicarse con la población y aprovechamiento de las atribuciones de esos profesionales.

Palabras Clave: Educación en salud. Salud de la familia. Estudiantes de enfermería. Enfermería en salud pública.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde:** leis, normas e portarias atuais. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Federal 10.507, de 10 de julho de 2002.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 13 dez. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Perfil das competências do agente comunitário de saúde – ACS.** Versão preliminar, Brasília, DF, de 20 de outubro de 2003. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 2 mar. 2004.

FERTONANI, Hosanna Patrig. **Refletindo com trabalhadores do PSF de Maringá PR o desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde.** 2002. Projeto de Prática Assistencial (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

HUERTAS, Franco. **O método PES:** entrevista com Carlos Matus. São Paulo: FUNDAP, 1996.

MÉTODO Altadir de Planificación Popular. Santafé de Bogotá-Colombia. Fondo editorial Altadir, 1994. (Colección: Ciências Médicas y técnicas de Gobierno). Documento elaborado por José Paragua de Santana e Maria Chistina Fekete, para utilização no Curso de Especialização/Projeto GERUS.

SILVA, Kênia Lara; SPAGNOL, Carla Aparecida; FREITAS, Maria Édila de Abreu. Planejamento estratégico: a experiência de alunas da Escola de Enfermagem da UFMG. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 8, n.1, p. 241-245, jan./mar. 2004.

SOUSA, Heloísa Machado. Reforma da reforma. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, DF, ano II, n. 4, p. 2-3, jan. 2002.

Endereço para correspondência: Lacita Menezes Slalinski. Rua Deputado Edu Vieira, 1400 – aptº. 308 – Bairro Pantanal – CEP: 88040-001 – Florianópolis - SC – E-mail: lmslalinski@yahoo.com.br

Recebido em: 11/04/2005

Aprovado em: 19/07/2005