



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE**

**SILVIA LETICIA GATO COSTA
SILVIO ALMEIDA FERREIRA**

**CONSTRUÇÃO DE UM PLANO OPERATIVO EM UMA
COMUNIDADE AGROEXTRATIVISTA NA AMAZÔNIA: Um
Relato de Experiência**

**SANTARÉM
2019**

**SILVIA LETICIA GATO COSTA
SILVIO ALMEIDA FERREIRA**

**CONSTRUÇÃO DE UM PLANO OPERATIVO EM UMA
COMUNIDADE AGROEXTRATIVISTA NA AMAZÔNIA: Um
Relato de Experiência**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde para obtenção de grau de Bacharel em Saúde pela Universidade Federal do Oeste do Pará, no Instituto de Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Wilson Sabino

**SANTARÉM
2019**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/UFOPA

C837c

Costa, Silvia Leticia Gato

Construção de um plano operativo em uma comunidade agroextrativista na Amazônia: um relato de experiência / Silvia Leticia Gato Costa; Silvio Almeida Ferreira. - Santarém, 2019.

35 f. : il. color

Inclui bibliografias.

Orientador: Wilson Sabino

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Oeste do Pará, Instituto de Saúde Coletiva. Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

1. Gestão em saúde. 2. Políticas públicas. 3. Planejamento participativo. I. Ferreira, Silvio Almeida. II. Sabino, Wilson, orient. III. Título.

CDD: 23 ed. 353.6098115

**SILVIA LETICIA GATO COSTA
SILVIO ALMEIDA FERREIRA**

**CONSTRUÇÃO DE UM PLANO OPERATIVO EM UMA
COMUNIDADE AGROEXTRATIVISTA NA AMAZÔNIA: Um
Relato de Experiência**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde para obtenção de grau de Bacharel em Saúde pela Universidade Federal do Oeste do Pará, no Instituto de Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Wilson Sabino

Conceito:

Data de Aprovação: ____/____/____

Dr. Wilson Sabino - Orientador
Universidade Federal do Oeste do Pará

Dr.^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Membro
Universidade do Estado do Pará

Msc. Juliana Gagno Lima – Membro
Universidade Federal do Oeste do Pará

AGRADECIMENTO

Agradecemos primeiramente a Deus por ter nos concedido força para concluir mais uma etapa de nossas vidas;

Às nossas famílias que sempre nos concedeu apoio e compreensão;

Agradecemos a todos os comunitários da comunidade de Irurama-Eixo Forte que contribuíram para que tudo isso acontecesse em prol do benefício da comunidade;

Ao nosso orientador Prof. Dr. Wilson Sabino que se manteve sempre paciente e atencioso às nossas necessidades;

A todos os professores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Oeste do Pará que contribuíram com nossas aprendizagens no decorrer deste percurso;

E agradecemos a todos os nossos colegas que em conjunto fizeram parte da equipe que atuava nesta comunidade.

“A improvisação domina nosso dia-a-dia e a cegueira enevoa o caminho pelo qual trafegamos até onde não sabemos.”

(Carlos Matus)

RESUMO

A saúde é entendida como um processo que sofre influências de diversos determinantes sejam estes ecológicos ou sociais-culturais. A gestão em saúde está diretamente ligada aos levantamentos das reais necessidades de cada território, uma vez que se conhecendo as necessidades da comunidade pode-se tomar decisões e medidas eficazes. E como parte fundamental deste processo encontra-se a realização de um planejamento pautado na percepção individual e coletiva de diferentes atores que estejam ligados as problemáticas, que interajam na formulação do plano de ação e que tenham governança sobre os problemas. Nesse contexto, buscou-se realizar um Planejamento Estratégico Situacional (PES) tendo como referencial economista Carlos Matus. Este trabalho se propõe relatar as experiências oriundas da participação no processo de construção do PES com enfoque no momento normativo, na comunidade de Irurama, Pará. Trata-se de um relato de experiência de abordagem crítico-reflexivo de cunho descritivo sobre as vivências acadêmicas na realização de um plano operativo dentro da disciplina de Interação na Base Real (IBR) do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), da Universidade Federal do Oeste do Pará (Ufopa), sendo realizado na comunidade rural, Irurama, que fica localizada às margens da Rodovia Everaldo Martins (PA 457), no trecho Alter do Chão/Santarém na Região Eixo Forte. A articulação entre as lideranças e os principais atores relacionados foi um ponto importante para a execução do trabalho, visto a necessidade de participação os órgãos governamentais ou privados, associações, instituições religiosas e grupos da comunidade, assim como todas as instituições envolvidas diretamente com a problemática, que são fundamentais para a sua efetivação. Com isso, foram sendo levantadas questões envolvendo os aspectos que para a comunidade era visto como problemas, e que com um processo de compreensão dos problemas, pode-se identificar a vulnerabilidade em que os comunitários estavam envolvidos. De um modo geral, a participação no processo de construção do plano operativo, possibilitou a interação com famílias da comunidade, lideranças comunitárias, professores, gestores, profissionais da saúde, agentes públicos, estes sendo atores que possuem governabilidade sobre o território em níveis diferenciados, com interesses diferentes e divergentes no "jogo social" e, deste modo, criam um ambiente intenso que nos instigou ao aprimoramento dos conhecimentos e habilidades adquiridas num processo contínuo de aprendizado.

Palavras Chave: Gestão em Saúde. Políticas Públicas. Planejamento Participativo.

ABSTRACT

Health is understood as a process that is influenced by several determinants whether these are ecological or social-cultural. Health management is directly linked to the surveys of the real needs of each territory, since knowing the needs of the community can make effective decisions and measures. And as a fundamental part of this process is the realization of a planning based on the individual and collective perception of different actors who are linked to the problems, who interact in the formulation of the action plan and who have governance over the problems. In this context, we sought to carry out a Strategic Situational Planning (PES) with reference to Carlos Matus economist. This work intends to report the experiences from the participation in the process of construction of the PES with a focus on normative moment, in the community of Irurama, Pará. This is an experience report of a critical-reflective approach of descriptive character about the academic experiences in the (IBR) of the Interdisciplinary Bachelor of Health (BIS) course, of the Universidade Federal do Oeste do Pará (Ufopa), being carried out in the rural community, Irurama, which is located at Everaldo Martins Highway (PA 457), in the Alter do Chão/Santarém stretch in the Eixo Forte Região. The articulation between the leaderships and the main related actors was an important point for the execution of the work, considering the necessity of participation the governmental or private organs, associations, religious institutions and community groups, as well as all the institutions directly involved with the problematic, which are fundamental to its realization. As a result, questions were raised regarding the aspects that were perceived as problems for the community, and with a process of understanding the problems, one can identify the vulnerability in which the community was involved. In general, participation in the process of construction of the operational plan allowed interaction with community families, community leaders, teachers, managers, health professionals, public agents, who are actors that have governance over the territory at different levels, with different and divergent interests in the "social game" and, in this way, create an intense environment that instigated us to the improvement of the knowledge and skills acquired in a continuous process of learning.

Keywords: Health Management. Public Policies. Participatory planning.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Matriz de Priorização	19
Quadro 2 - Momento Normativo na comunidade de Irurama - Eixo Forte, 2017.....	28
Tabela 1 - Problemas elencados por contagem de votação e priorização, 2017.	24
Figura 1 - Mapa da Comunidade de Irurama- Eixo Forte, Santarém, Pará.	17
Figura 2: Comunitário Priorizando o Problema, Irurama-Eixo-Forte, 2017.....	23
Figura 3 - Diagrama explicativo do problema de Insuficiência de Iluminação Pública na comunidade de Irurama, 2018.....	25
Figura 4: Construção do Diagrama de Ishikawa, 2018.....	26
Figura 5: Reunião na Comunidade Para Construção do Momento Normativo, Irurama Eixo-Forte, 2018.....	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE	12
3 O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL	14
4 METODOLOGIA.....	17
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
4.1 HISTÓRIA DA COMUNIDADE.....	20
4.2 MOMENTO EXPLICATIVO	22
4.3 MOMENTO NORMATIVO	27
4.4 RELATO DE EXPERIÊNCIA CRÍTICO-REFLEXIVA.....	30
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

A fim de modificar o cenário econômico em que se encontrava a América Latina, em meados da década de 60, se propôs integrar dentro da gestão de políticas sociais, o planejamento para que houvesse transformações políticas, sociais e econômicas (LACERDA; BOTELHO & COLUSSI, 2016). Conforme estes autores, em se tratando do planejamento, o seu início deu-se a partir da década de 1960, por meio do Programa Aliança para o Progresso elaborado pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), órgão responsável nesta época por assessorar os países na elaboração dos planos e definir orientações para a elaboração do planejamento na atenção básica.

O método de planejamento sanitário elaborado e apresentado pela OPAS, foi o primeiro instrumento de programação sistemático aplicado pelos sistemas nacionais de saúde no continente americano, fundamentado no paradigma da eficiência do uso de recursos. Tratava-se de um planejamento pautado na postura normativa, cuja principal crítica se referia ao fato de o planejador atuar como agente externo e com isso não integrava outros atores no processo de planejamento. O planejador atuava como um técnico para aplicar objetividade usando as técnicas consideradas mais eficientes (LACERDA; BOTELHO & COLUSSI, 2016).

São notórias as desigualdades sociais existentes entre países desenvolvidos e aqueles que figuram em “fases” de desenvolvimento, levando em consideração as características de cada um, principalmente as econômicas, que os diferenciam significativamente, assim como as diferenças sanitárias que modificam as condições de saúde de cada população, o que poderia ser evitado com ações equânimes sejam a níveis globais ou de cada sociedade. (CDSS, 2010). Neste contexto, entende-se como de extrema necessidade que os estudos que permeiam a gestão em saúde estejam diretamente ligados aos levantamentos prioritários das reais necessidades de cada território trabalhado, uma vez que se conhecendo as necessidades da comunidade pode-se tomar decisões e medidas eficazes. E como parte fundamental deste processo encontra-se a realização de um planejamento participativo pautado na percepção individual e coletiva de diferentes atores que estejam ligados a problemática e que interajam na formulação do plano de ação do seu território, ou que tenham governança sobre os problemas.

O planejamento tem sido uma ferramenta essencial na articulação entre os serviços, programas e organizações que compõem a gestão em saúde. Conforme Lacerda, Botelho e Colussi (2016), o planejamento perpassa pelos processos de condução da tomada de decisão dentro de um contexto que envolvem gerar resultados, e corrigir erros que poderão surgir no percurso em alcançar os objetivos propostos.

Sendo assim, é de fundamental importância a adoção de métodos efetivos e eficazes dentro do planejamento em saúde. Segundo Giovanella (1991, pag 36) Matus propõe “a construção de um modelo que funcione como a realidade, reagindo e dando respostas a simulações/ensaios de fatos e perturbações. Um modelo que poderia permitir a dedução de uma política viável, capaz de aproximar-se dos objetivos perseguidos” (GIOVANELLA, 1991, pag 36).

Nesse contexto, buscou-se realizar um planejamento estratégico situacional na comunidade de Irurama-Eixo Forte, Santarém-PA, que faz parte do Projeto de Assentamento Agroextrativista (PAE) – programa voltado às populações tradicionais que tem a finalidade de incentivar a exploração de riquezas a região, por meio do extrativismo, utilizando métodos econômicos, viáveis e sustentáveis. A área abrangida com este projeto é de domínio público, porém são administradas pelas populações através de uma organização, a qual é concedida o direito ao uso da terra (BRASIL, 1996).

Utilizou-se como referencial teórico o PES que foi pensado nos anos de 1980 pelo economista Carlos Matus, que visa a participação e valorização em todo o processo, dos diferentes atores que estão interligados diretos ou indiretamente com o território e local de atuação, além de dispor em sua composição de diversos passos que serão realizados por etapas de maneira conjunta, envolvendo a tríade: projeto de governo, governabilidade e capacidade de governo.

Este trabalho tem como objetivo relatar as experiências oriundas da participação no processo de construção do Planejamento Estratégico Situacional (PES) com enfoque no momento normativo, na comunidade de Irurama, Pará.

2 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

A saúde é entendida como um processo que sofre influências de diversos determinantes sejam estes ecológicos ou sociais-culturais, sendo uma possibilidade em construção apontada pela Conferência Mundial Sobre Determinantes Sociais da Saúde, realizada no Rio de Janeiro em 2011, na qual se verifica a indicação de possíveis relações entre os determinantes sociais, como, por exemplo, classe social, gênero, etnia, educação, renda, ocupação, capital social, etc, capazes de ter impactos sobre a equidade em saúde ou bem-estar (PELLEGRINI FILHO, 2011).

A Carta Magna Brasileira de 1988, no artigo 196, diz que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”(BRASIL,1988, pag 118,119). Vê-se que, nestes dois compêndios, há menção da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, sendo, posteriormente, em 1990, regulamentada com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da lei nº 8.080 (BRASIL, 1988).

A Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde, realizada na cidade Alma-Ata (no atual Cazaquistão), em 1978, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) vem reafirmar a importância do Estado, na provisão da saúde, garantindo a participação da comunidade, no processo de planejamento e implementação dos cuidados à saúde, enfatizando as enormes desigualdades sociais entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos (BRASIL, 2002).

O planejamento mediante a concepção dos determinantes que estão influenciando no processo saúde doença do local, começa-se a compreender o que a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde propôs como recomendações gerais, e uma delas trata de “Quantificar e Compreender o Problema e Avaliar o Impacto da Ação”. Avaliar o problema, avaliar a ação necessária, expandir a base de conhecimento, desenvolver uma equipe de trabalho com formação sobre os determinantes sociais da saúde e promover a sensibilização para o tema (CDSS, 2010).

A Constituição de 1988 foi incisiva quanto à necessidade de articulação entre a formação dos profissionais e o sistema de saúde. Trouxe a ideia de que caberia ao SUS orientar o perfil da formação dos profissionais de saúde (FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013).

Ainda segundo a CDSS (2010), os governos nacionais e as organizações internacionais, apoiados pela OMS, devem criar sistemas de vigilância da igualdade na saúde para monitorização regular das desigualdades na saúde e dos determinantes sociais da saúde e, mais

que isso, devem avaliar o impacto das políticas e ações nesta área. A criação do espaço e das capacidades organizacionais necessárias para agir eficazmente sobre as desigualdades na saúde exige investimento, na formação dos elaboradores de políticas e profissionais de saúde e a compreensão dos determinantes sociais da saúde pelo público em geral. Para além disso, também requer uma concentração forte na pesquisa da saúde pública (CDSS, 2010).

3 O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL

Inúmeras são as formas e espaços de execução de planejamento, que parte da necessidade de efetivação para atingir-se metas, sobretudo no poder público, isso se torna fundamental para execução eficaz de políticas públicas. Destaca-se, portanto, o Planejamento Estratégico Situacional (PES), que é um método de planejamento que leva, primordialmente, em consideração a realidade do espaço, das pessoas e de tudo que abrange o foco da execução e que estejam ligados, diretamente, às problemáticas e às necessidades, seja a nível governamental até a comunidade. Essas especificidades o diferem do chamado planejamento normativo, que é comumente utilizado, em que o gestor executa suas ações de forma determinante. Contudo, essas diferentes formas envolvem muitas vezes planejamento não participativos, normativos e hierarquizados, sem interagir e integrar os demais envolvidos (RÉUS; JACOBS, s.d).

O Pensamento Estratégico de Mario Testa caracteriza-se pela exaustiva discussão acerca do poder dos atores sociais em cena, desde a concepção de poder como relação de dominação, até a discussão do poder como ideologia transformadora de uma sociedade opacificada; apresenta uma tipologia do poder, classificando-o em técnico, político e administrativo (LACERDA; BOTELHO & COLUSSI, 2016).

Ainda segundo esse autor, são três as principais contribuições teóricas de Mário Testa para o planejamento estratégico: o diagnóstico situacional; o poder; o postulado de coerência. Partindo da definição de política como uma proposta de distribuição do poder, e estratégia como uma forma de implementação de uma política, Mário Testa elaborou uma tipologia do poder em saúde, distinguindo-o em:

- **poder administrativo**, correspondente às atividades e processos que implicam o manejo de recursos;
- **poder técnico**, definido pelo uso de conhecimentos e tecnologias em qualquer dos níveis de funcionamento no setor saúde;
- **poder político**, expresso por meio da defesa dos interesses dos diversos grupos envolvidos no setor.

O PES é constituído por quatro momentos não-sequenciais, simultâneos e em constante processo que incluem: **momento explicativo** - nesse momento é realizada a análise situacional do local e/ou espaço de execução do PES, e contando com a participação da comunidade e atores envolvidos, se faz essa análise e elencar os problemas e necessidades, utilizando métodos específicos para isso e, posteriormente é possível priorizar, analisar e explicar o problema de

forma mais detalhada; **momento normativo** - mediante a explicação do problema, das causas e consequências, são trançadas as ações e operações juntamente com os atores principais para se chegar aos objetivos específicos do plano; **momento estratégico** - como esse processo é dinâmico e inconstante por lidar com diferentes situações e pessoas, precisa-se nesse momento avaliar as possíveis fragilidades e elaborar estratégias para se alcançar os objetivos e, por fim, **momento tático-operacional** - esse é o momento de monitoramento das ações mediante a formulação de indicadores (BARRETO, 2013).

Para Matus "é preciso uma mediação entre o futuro e o presente" (MATUS, 1989, p. 25). O autor fala que a necessidade do planejamento reside no fato de termos que prever as possibilidades do amanhã, para isso, precisamos pensar sobre o que fazer hoje baseado na avaliação da eficácia do que esta ação produzirá para nós no amanhã.

Um plano é um compromisso que anuncia resultados, ainda que tais resultados não dependam inteira ou, principalmente, do cumprimento daqueles compromissos (MATUS, 2006). Nenhum processo de planificação é totalmente seguro diante das incertezas do mundo real como frisa Carlos Matus:

[...] na prática diária da ação, nada vai ocorrer exatamente como planejado e, às vezes, não acontecerá nada daquilo a que nos propusemos. Haverá falhas de análise dos problemas, deficiências nos fundamentos das apostas, incapacidade de prover possibilidades, aparição de surpresas, agradáveis e desagradáveis, equívocos no cálculo estratégico e atrasos não considerados na gestão rotineira da burocracia que executa as operações do plano (MATUS, 2006, p. 139).

Para Matus (2006), a constituição do plano depende do “uso da razão técnico-política na tomada de decisão”. Conforme citado acima, os atores são de fundamental importância à construção do plano, contando, também que “o plano, na vida real, está rodeado de incertezas, imprecisões, surpresas, rejeições e apoio de outros atores”. O autor alerta ainda para o perigo de confundir esse “processo com um cálculo determinado por leis científicas precisas, apoiado num diagnóstico preciso da realidade” (MATUS, 2016).

Sendo assim, a sensibilização e vontade política dos gestores públicos tornam-se fundamental no processo de transformação das organizações públicas sem as quais o PES não conseguirá cumprir o seu propósito, fragilizando e inviabilizando os processos participativos. De acordo com Pfeiffer (2000), há um caráter político, inerente à administração ou às organizações Públicas, que pode ser considerado um dos maiores desafios a ser superado para uma aplicação adequada do PES. Trata-se das motivações políticas em que os executivos são geralmente administradores de temas políticos sob controle dos políticos, que preferem as intervenções visíveis, mesmo de pequeno porte para satisfazer um maior número possível dos

seus clientes, em lugar de intervenções estratégicas que são capazes de provocar mudanças estruturais (PFEIFFER, 2000). Matus (2006) acrescenta que na vida real, política, econômica, cognitiva, social, etc., não podemos raciocinar de modo determinístico justamente por não possuímos o controle sobre os diversos aspectos da realidade.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de abordagem crítico-reflexiva de cunho descritivo sobre as vivências acadêmicas na realização de uma plano operativo dentro da disciplina de Interação na Base Real (IBR) do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), da Universidade Federal do Oeste do Pará (Ufopa), sendo realizado na comunidade rural, Irurama (Figura 01), que fica localizada às margens da Rodovia Everaldo Martins (PA 457), no trecho Alter do Chão/ Santarém na Região Eixo Forte.

Figura 1 - Mapa da Comunidade de Irurama- Eixo Forte, Santarém, Pará.



Fonte: Google Maps ([-2.484073, -54.840621](https://www.google.com/maps/@-2.484073,-54.840621)), 2019.

Do ponto de vista de sua natureza, as pesquisas, podem ser básicas e aplicadas (GIL 1994). Para Avila-Pires (1987), as pesquisas básicas são aquelas que não anunciam uma perspectiva de aplicação imediata, giram frequentemente em torno das restrições impostas pela

limitação de recursos disponíveis e invocam a responsabilidade social do cientista. Utilizamos, neste caso, pesquisa de natureza básica, desenvolvida com fins didáticos com abordagem qualitativa.

Na pesquisa qualitativa descritiva, os dados recolhidos sempre serão em forma de palavras ou imagens. Descrever é explicar, e explicar é dizer porque acontece. *Abordagem qualitativa* exige que o mundo seja examinado atentando para todos os aspectos da realidade, pois tudo tem potencial para dar pistas para se estabelecer a compreensão mais esclarecedora do objeto (TEIXEIRA, 2013; OLIVEIRA, 2014).

O estudo baseou-se na realização das etapas que compõem o PES, que é um método de planejamento constituído por quatro momentos não sequenciais, simultâneos e que, no processo de sua realização incluem: momento explicativo, momento normativo, momento estratégico, e momento tático-operacional. Sendo que se utilizou para este trabalho as duas primeiras fases citadas.

Como instrumento para coleta de dados, fez-se uso de diário de campo com anotações, fotografias e registro de informações a fim de se obter uma apreciação do conteúdo apresentado no trabalho. Os dados captados foram transcritos em textos e relatórios das atividades. A apresentação de dados deu-se por meio de quadros, tabelas e Infografias criadas no LibreOffice Draw 2016.

O PES foi desenvolvido no decorrer da disciplina de IBR que se dividia em quatro semestres que ocorreram no período de 2016 a 2017. Tendo em vista a necessidade de continuação do planejamento, ele teve a sua finalização durante o ano de 2018 devido também as dificuldades encontradas no momento normativo de reunir-se com as entidades, órgãos e comunidade para execução final do plano. Inicialmente no primeiro semestre de 2016, realizou-se o “(re)conhecimento do território”, em que se realizou visitas observacionais de campo para conhecimento e compreensão de todo o processo histórico, cultural, demográfico, social e epidemiológico da comunidade. Nessa etapa, foram ouvidas narrativas de moradores e lideranças que contaram a história da comunidade desde a sua fundação, e foi construído uma linha do tempo mediante os relatos dos moradores mais antigos com coleta de informações em documentos históricos de arquivos da comunidade.

No “momento explicativo”, realizado no segundo semestre de 2016 com continuação no primeiro semestre de 2017, elencou-se os problemas pelos comunitários, por meio de oficinas e de rodas de conversa para a priorização com a utilização da matriz de priorização conforme mostra o Quadro 01. E tendo o problema priorizado, partiu-se para a explicação do mesmo por meio do diagrama de Ishikawa.

Quadro 1 - Matriz de Priorização

PONTOS	MAGNITUDE	TRANSCEDÊNCIA	VULNERABILIDADE	URGÊNCIA	FACTIBILIDADE
	Tamanho (afeta a quem?)	Interesse em resolver	Reversão (Tendo os recursos, é fácil de resolver?)	Espera (Se não intervir no problema, há agravamento da situação?)	Existem recursos disponíveis?
1	Afeta poucas pessoas	Para poucos é interessante resolvê-lo	Será muito difícil resolver o problema, mesmo com os recursos disponíveis	Pode esperar um pouco	Os recursos disponíveis são escassos
2	Afeta algumas pessoas	É interessante que esse problema seja resolvido	Há possibilidade de resolução do problema, caso os recursos estejam disponíveis	Deve ser resolvido o mais cedo possível	Existem alguns recursos disponíveis, porém são insuficientes
3	Afeta muitas pessoas	Muitos se interessam pela resolução deste problema	As possibilidades de resolução são grandes, caso os recursos estejam disponíveis	Deve ser resolvido com alguma urgência	A maior parte dos recursos são possíveis
4	Afeta a grande maioria das pessoas	Há um interesse geral na resolução deste problema	Com os recursos disponíveis, o problema será resolvido facilmente	É necessária uma ação imediata	Existem recursos suficientes para a resolução do problema

Fonte: Adaptado de Barreto, *et al*, 2013.

Dando continuidade, desenvolveu-se o “momento normativo” no segundo semestre de 2017 e primeiro semestre de 2018, para elaboração dos objetivos, as operações, ações e as responsabilidades atribuídas aos atores e entidades presentes, com vista ao alcance das metas propostas de acordo com o problema priorizado e suas possíveis causas e consequências que serão detalhados na sequência deste estudo. E dentro desse processo estiveram presentes: comunitários/representantes do Grupo de Mulheres Artesãs, Igrejas evangélicas e católica, e comunitários em geral, além de representante do Conselho Tutelar de Alter do Chão, representante da Coordenação de Atenção Básica, e representante da Polícia Militar/PA. Mas, foram convocados ainda representantes da Concessionária Responsável pela Iluminação Pública, Do Núcleo De Esporte e Lazer; Prefeitura Municipal, Câmara de Vereadores, Ministério Público, entre outros, e esses não se fizeram presentes, o que dificultou a construção de estratégias que envolvessem a responsabilização deles naquilo que estava sobre vossas governanças.

Visando obedecer aos aspectos éticos, o estudo por se tratar de um trabalho desenvolvido no âmbito de atividades acadêmicas não foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa, mas baseou-se nos parâmetros éticos que regem a Resolução 446/2012 por envolver

seres humanos. Mante-se portanto, o sigilo no que se refere a identificação dos participantes nos momentos ora citados. Destaca-se ainda que a realização deste trabalho foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Santarém, Pará, e pelas Lideranças e Comunitários da referida comunidade, além do acompanhamento dos docentes responsáveis em todas as etapas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com intuito de promover a participação social dentro do processo de planejamento, seja nas relações institucionais ou intersetoriais é que foi proposto a realização do PES, culminando na percepção dos determinantes em saúde que estavam atrelados às problemáticas da comunidade de Irurama.

O processo de planejamento participativo começou desde a realização de visitas à comunidade, visando observar e conhecer a história da mesma, bem como a construção do vínculo com os comunitários, e fortalecendo parcerias para a realização de toda a investigação acerca da execução do planejamento e início do plano operativo que consiste na caracterização do local de atuação. A articulação entre as lideranças e os principais atores relacionados foram pontos importantes para a execução do trabalho, em função da necessidade de trazer tais figuras para o processo, em que são fundamentais para a sua efetivação.

Inicialmente, traçamos um breve histórico da Comunidade, em seguida, destacamos os principais pontos oriundos das experiências vivenciadas, principalmente, na realização de dois momentos do PES: Momento Explicativo e Momento Normativo e, por fim, realizamos uma reflexão-crítica sobre o processo de aprendizagem.

4.1 HISTÓRIA DA COMUNIDADE

A comunidade foi organizada e fundada através de doze famílias e suas descendências são perpetuadas até os dias de hoje na comunidade, e que residiam na região desde 1908. Porém, só foi oficializada a sua fundação em 1912.

Nessa época, os moradores tinham como fonte de renda basicamente a agricultura e a extração de madeira para fabricação de remos, tábuas, cabos de machado, entre outros. Sempre trabalhavam em conjunto em forma de “puxirum”, para fazer roçados, abrir ramais, e limpar estradas. A base da alimentação dos comunitários era através da caça, pesca e criação de pequenos animais como: galinhas, porcos, patos, e também havia plantação de batatas,

mandioca e cana para produção do açúcar caseiro, além da plantação de café, arroz e árvores frutíferas em geral. A cultura era marcada por festejos culturais e dançantes.

Em 1953, foi criado o primeiro conselho comunitário, com um presidente instituído que durou 20 anos na frente da comunidade, sendo ele também nomeado chefe de polícia. Outro acontecimento marcante foi a chegada da primeira professora (oriunda de Santarém) para lecionar para as crianças e jovens. A priori a escola funcionava em um barracão aberto, de palha, cercado por ripas, que se chamava Santo Antônio, sendo a primeira escola construída na comunidade e neste mesmo período foi fundada a sede do Clube de Futebol Santo Antônio.

O período de 1965 a 1970 foi marcado pelo auge da extração da borracha. Em 1989, já com outro líder, houve o resgate do mastro, que é um ritual que tem como simbolismo a união da comunidade, da partilha e do bom convívio, e que já tinha sido esquecido pelos comunitários. Essa festividade é mais antiga do que a do padroeiro, onde teve início juntamente com a criação oficial da comunidade. A festa dos mastros teve origem dos povos indígenas que eram habitantes da região antes da chegada dos fundadores da comunidade.

Por volta de 1996, vendo a necessidade da comunidade pelos serviços de saúde, foi apresentada a primeira Agente Comunitária de Saúde (ACS). Ela atendia cerca de 87 famílias e durou 5 anos no cargo. Mas, somente em 2013 enviaram outro profissional de saúde para assistir a comunidade, tendo como base a Unidade de Saúde de São Brás.

Em 1997, foi reformada a igreja e como forma de simbolismo desta ordenação, plantou-se uma mangueira que é preservada até os dias de hoje.

Outra característica da comunidade é a Festa dos derivados da Mandioca e artesanato, que surgiu, em 2003, e acontece no mês de outubro, com duração de três dias, tendo por finalidade divulgar o trabalho do agricultor da mandioca e seus derivados, como também mostrar e vender aos visitantes o trabalho artesanal desenvolvido pela comunidade. Em 2004, houve a criação da primeira associação comunitária, e só em 2010 que foi construída a segunda escola, substituindo a primeira escola que havia sido fundada, em 1972.

Ao longo dos anos, a comunidade foi crescendo e se desenvolvendo social, demográfica e economicamente. Atualmente, residem na comunidade aproximadamente 170 famílias, com cerca de 850 moradores, que contam com transporte coletivo, microssistema de água, energia elétrica.

Para tanto, fazer essa retrospectiva histórica e analisar tais aspectos são muito importantes para se compreender a dinâmica da comunidade, sua diversidade e as especificidades das populações do campo desde a sua fundação, e assim criar um elo entre pesquisador e comunidade, passando a ter outras percepções sobre o ambiente em que essas

comunidades tradicionais vivem. Nesse sentido, faz-se necessário compreender e analisar corroborando com alguns estudos a existência de dificuldade de acesso às políticas públicas, a incluir as de saúde, assim como destaca-se na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e Floresta (2015), que diz, que no Brasil existem muitas desigualdades sociais, tanto entre indivíduos, como em regiões, e no meio rural não é diferente, onde observa-se as dificuldades para que as ações de saúde sejam realizadas, dentre outras dificuldades que essas populações enfrentam e que devem ser priorizadas a fim de diminuir as iniquidades sociais (BRASIL, 2015).

Além da compreensão sobre os determinantes sociais em saúde, outro ponto em destaque a esta vivência de ouvir a história da comunidade, assim como conhecer a realidade *in loco*, é afirmada por Junqueira (2013) do quão é importante da formação em saúde. O autor descreve em seu estudo, realizado na Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista (Unifesp/BS), que a universidade, desde os primeiros semestres de formação dos estudantes, deve proporcionar a interação entre os alunos e a população, assim como, com os profissionais atuantes na rede pública de saúde, para que possam ter experiência com base em fatos reais, não apenas com suposições (JUNQUEIRA, 2013).

Ao realizar esse processo de imersão, viam-se as necessidades de deixar o próprio “eu” para ter um olhar diferenciado do outro, buscando ouvir sua história, aprender com as experiências e lições de vida, para que desta forma houvesse contribuição para formar um profissional diferenciado. Corroborando com essa ideia, Merhy (2013) esclarece que o “agir-usuário” é imprescindível, ou seja, quando o profissional de saúde se coloca no lugar do paciente para que se possa ter um olhar além do tecnicismo. Enfatiza esse pesquisador que o paciente ou usuário do serviço de saúde deve ser avaliado como um todo, buscando conhecer sua história e seus sofrimentos, pois não se pode colher informações sem que haja uma comunicação individual e coletiva.

4.2 MOMENTO EXPLICATIVO

A articulação entre as lideranças e os principais atores relacionados foi um ponto importante para a execução do trabalho, visto a necessidade de trazer para dentro do processo os órgãos governamentais ou privados, associações, instituições religiosas e grupos da comunidade, assim como todas as instituições envolvidas diretamente com a problemática, que são fundamentais para a sua efetivação. Com isso, foram sendo levantadas questões envolvendo todos os aspectos que para a comunidade era visto como problemas, e que com um processo de

compreensão dos problemas, pode-se identificar a vulnerabilidade em que os comunitários estavam envolvidos.

Dentre os problemas detectados estão: Crianças com problemas pulmonares por consequência da poeira; excesso de velocidade dos veículos na via de acesso causando poeira; insuficiência de Iluminação pública; lixo nos igarapés e na via de acesso da comunidade; lixo nos igarapés e na via de acesso da comunidade; consumo de Álcool e outras Drogas; ausência de policiamento; poluição sonora; grande demanda para atendimento médico (apenas 1 médico para as 17 comunidades); ausência de locais para atividades de integração sociocultural para as crianças de 0 a 5 anos; falta de transporte disponível para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizarem as visitas mais distantes dentro da comunidade; ausência de capacitação para os ACS da área rural; e falta de continuidade no ensino para jovens e adultos.

Fazendo uso do instrumento de “Matriz de Priorização” (Quadro 01) em busca de dar valores pontuais aos problemas e assim prioriza-los (Tabela 01 e Figura 02), foi realizada pelos comunitários a análise dos problemas e pontuado conforme a percepção individual de cada um.

Figura 02: Comunitário Priorizando o Problema, Irurama-Eixo-Forte, 2017



Fonte: Arquivo Pessoal, 2017.

Tabela 1 - Problemas elencados por contagem de votação e priorização, 2017.

Nº	PROBLEMAS	TOTAL
01	Insuficiência de iluminação pública	61
02	Grande demanda para atendimento médico (1 médico/17 comunidades)	58
03	Falta de educação permanente para ACS da área rural	56
04	Ausência de policiamento	54
05	Crianças com problemas pulmonares por consequência da poeira	51
06	Consumo de álcool e outras drogas	51
07	Excesso de velocidade dos veículos na via de acesso causando poeira	50
08	Falta de continuidade no ensino para jovens e adultos	49
09	Poluição sonora	46
10	Lixo nos igarapés e na via de acesso da comunidade	43
11	Falta de transporte disponível para as ACS's realizarem as visitas mais distantes dentro da comunidade.	41
12	Ausência de locais para atividades de integração sociocultural para as crianças de 0 a 5 anos	38

Fonte: Autores, 2017.

Com base na priorização acima realizada pelos comunitários, o problema que foi selecionado para explicação foi: Insuficiência de Iluminação Pública, sendo o destacado para este relato, para explicação e continuação do planejamento.

Observa-se, para tanto, como cada problema é relevante para os comunitários ao serem pontuados conforme cada critério e para perceber a influência também que eles exercem dentro do cotidiano de vida, no meio ambiente, no contexto social e cultural, promovendo assim também conflitos, insatisfações e insegurança, principalmente, entre a comunidade e poder público, assim como entre eles.

É importante salientar, também, que para os atores envolvidos, no PES, há um constante processo de aprendizado. Todos aprendem algo no “jogo social”, para quem deseja alcançar bons resultados, deve aprender a jogar no jogo social (MATUS, 2016).

Por conseguinte, a fim de explicar o problema e todo o contexto em que ele estava inserido foi utilizado como instrumento o Diagrama de Ishikawa (Figura 03) no qual se obteve uma análise geral do problema que era a ausência de iluminação pública e todas as questões atrelados a ele uma vez que gerava uma série de consequências mediante suas causas que serão detalhados como forma de orientar a importância da realização do Plano Operativo no local e visando minimizar os impactos do problema para a comunidade.

Figura 03 - Diagrama explicativo do problema de Insuficiência de Iluminação Pública na comunidade de Irurama, 2018.



Fonte: Autores (2018)

Figura 04: Construção do Diagrama de Ishikawa, 2017



Fonte: Arquivo Pessoal

Com isso, compreende-se que o problema priorizado de insuficiência de iluminação pública remete-se a análise mais detalhada do quão esta comunidade está sendo afetada à geração de outras consequências que vêm afligindo os comunitários e trazendo adoecimento. Dentre as consequências que surgiram, durante a explicação do problema, tem-se a do vício dos jovens ao consumo de drogas, potencializado pelo ambiente com pouca iluminação que favorece a aglomeração deles para consumo, assim como outras situações de assaltos e furtos.

Para Vasters e Pilon (2011), o consumo de drogas vem crescendo entre os adolescentes nos dias atuais, de forma precoce e causando, com isso, diversas consequências. Para tanto, os autores destacam ainda que há diversas formas de relação ao uso de drogas, em que nem sempre quando se usa e/ou experimenta necessariamente se desenvolve a dependência. E mostra que há diversos motivos para o uso dessas substâncias, como: “busca pelo prazer, a diversão, a experimentação/curiosidade, a valorização social/pertencimento, alívio do tédio, relaxamento, bem como problemas pessoais”.

Sendo um problema recorrente no Brasil, destaca-se a necessidade de políticas públicas efetivas e eficazes para minimizar o crescimento dessa mazela social e, consequentemente, prevenir as complicações que isso causa para o indivíduo, a família e a sociedade. Aliado a isso Nascimento (2006) afirma que:

Quando algo - um conjunto de ações ou as consequências destas - revelam-se um problema social, comumente esse problema torna-se objeto de políticas cujas ações tendem a inibir, diminuir ou prevenir os fatores ditos causais. É por meio de políticas públicas que o Estado adquire legitimidade para agir sobre um grupo de indivíduos ou sobre um dado segmento da sociedade, na tentativa de implementar suas ações.

Não obstante, os problemas sociais derivados do uso abusivo de drogas e das atividades que tornam a droga objeto de tráfico parecem imunes aos efeitos das políticas públicas vigentes. (NASCIMENTO, 2006, p. 186).

Para tanto, faz-se uma análise sob a ótica dos determinantes sociais em saúde que abrangem tanto quanto o consumo de drogas, como a insegurança, as mudanças nos hábitos culturais, entre outros que culminam na consequência convergente, iniquidade em saúde, que tem se tornado um eminente problema na saúde pública. Parafraseando Margareth Whitehead, Buss (2006) refere-se as iniquidades em saúde entre os grupos ou indivíduos, como sendo “aquelas desigualdades em saúde que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias”.

Tais análises, dentro do contexto das iniquidades em saúde e dos determinantes que surgiram mediante as necessidades apresentadas pela comunidade apontam para a necessidade de compreender a influência e a complexidade disso para a comunidade, fazendo uma relação da determinação e condição, no processo de saúde e adoecimento dos comunitários, seja individual e coletivamente, social, cultural ou ambiental.

Aliado a isso, como já mencionado, a Conferência Mundial Sobre Determinantes Sociais da Saúde, entendia a saúde como um processo que sofre influências de diversos determinantes, sejam estes ecológicos ou sociais-culturais e também apontou a indicação de possíveis relações entre os determinantes sociais capazes de ter impactos sobre a equidade em saúde e bem-estar (PELLEGRINI FILHO, 2011). E, como foi destacado, inúmeras foram as problemáticas evidenciadas na comunidade que variam desde aspectos ambientais, como culturais, sociais, e do processo de trabalho da atenção básica em saúde.

4.3 MOMENTO NORMATIVO

Depois de se explicar o problema a fim de compreender todos os impasses nele inseridos, passou-se ao “momento normativo” no qual foram traçados objetivos com base no objetivo geral do plano que parte da causa e consequência convergentes do diagrama de Ishikawa, e que foi: Viabilizar acesso às políticas públicas a fim de minimizar as iniquidades em saúde. E para este destacou-se os objetivos específicos e as operações e ações que eram necessárias para se solucionar ou minimizar as necessidades inerentes à comunidade como demonstra o Quadro 02.

Quadro 2 - Momento Normativo na comunidade de Irurama - Eixo Forte, 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	OPERAÇÕES	AÇÕES	QUEM
Fortalecer a segurança comunitária	Estabelecimento do fluxo de notificação de roubos e furtos	Construir mecanismo para notificação coletiva dos casos suspeitos ou detectados	Comunitários/Polícia Militar
		Notificar os casos de furtos e roubos	
	Notificação do sossego alheio e poluição sonora junto à Secretaria de Segurança Pública	Construção de instrumento para notificar os casos detectados	
	Fomentação do programa de vigilância comunitária (Rede de Vizinhos)	Reunir informação junto a Polícia Militar	
		Construir um plano de implantação da vigilância comunitária	
	Realização de ronda de policiamento na comunidade	Solicitar apoio da Polícia Militar para aquisição programa de ronda na comunidade	
Implantar serviço de ronda na comunidade		Polícia Militar	
Promoção de ações de Educação para pais e responsáveis sobre direitos e deveres	Criar programação de educação sobre responsabilidade parental.		
Minimizar a vulnerabilidade de adolescentes e jovens em decorrência do consumo e vendas de drogas e violência	Promoção da inserção dos adolescentes no mercado de trabalho	Buscar projetos em parceria com SEBRAE, SENAC, SEBRAC, SESC, SENAI, SESI e demais instituições públicas ou privadas que promovam atividades gerais para a juventude da comunidade.	Liderança comunitária
	Promoção de ações de educação responsável	Realizar palestras para educação do lar e sensibilização dos pais acerca da sua responsabilidade	Instituição de Ensino Superior com Cursos de Graduação em Psicologia
	Realização de um Diagnóstico de vulnerabilidade e violências na comunidade	Realizar reunião para verificar o registro das demandas existentes registradas anteriormente sobre casos de drogas e violências entre adolescentes e jovens	Atenção Básica/Centro de Referência em Assistência Social /UFOPA
		Recuperar diagnósticos e denúncias prévias junto ao CONDECA	UFOPA/Conselho Tutelar
Promover a manutenção periódica da rede elétrica	Avaliação da responsabilidade referente aos contratos de manutenção da rede elétrica (microsistema) e de iluminação pública	Buscar os contratos referentes à empresa responsável pela manutenção	Liderança comunitária/UFOPA
	Criação de mecanismos para implementação da manutenção da rede elétrica.	Realizar reunião com os responsáveis	

Fonte: Autores, 2017.

O Quadro 02 mostra os objetivos específicos que foram traçados junto as entidades envolvidas, tendo como base as causas que surgiram dentro do diagrama de Ishikawa e, com isso, a proposição de ações e operações que visam direcionar para o alcance dos objetivos e assim também destinar quem realizaria tais ações, sendo que, as entidades assumiram a responsabilidade em cumprir as ações traçadas no plano.

Para compreender o direcionamento e como se estabelece um plano, precisa-se entender que “um plano é um compromisso que anuncia resultados, ainda que tais resultados não dependam inteira ou principalmente do cumprimento daqueles compromissos” (MATUS, 2006). Isso ficou mais claramente percebido quando da constituição do momento normativo em vista de que as atividades programadas não foram todas cumpridas devido, por exemplo, a alguns atores importantes não se fizeram presentes, no primeiro momento agendado, para a construção do PES. Nesse caso, os atores que são importantes para o desenvolvimento do trabalho e precisam ser incluídos no processo de planejamento.

Ao realizar este momento, compreende-se também que para a efetivação de todo o processo do planejamento é importante a utilização de conceitos e práticas voltadas à gestão e gerência, compreendendo a gestão como um processo de direcionamento para a obtenção de resultados e a gerência como organização e administração. Nesse processo, o “Triângulo de Governo” proposto por Matus também é muito significativo. O triângulo explica que para um planejamento ser alcançado é necessário que haja um “Projeto de Governo”. Outro ponto importante é a percepção sobre a “Governabilidade do Sistema”, que é vista como a necessidade de construir fortes vínculos e alianças com as pessoas que apoiam o projeto, assim, o entendimento da “Capacidade de Governo” que é manter e mobilizar recursos para movimentar o sistema e a consecução do projeto (LEITE; GUIMARÃES, 2013).

Para Matus (2006), o equilíbrio entre as variáveis que controla e as que não controla define a governabilidade sobre o objeto do plano. Verifica-se, assim, o quão é importante se atentar para as variáveis que não se pode controlar e, neste caso, estas podem estar relacionadas aos demais atores que estão ou não envolvidos com o processo, mas que podem contribuir para a solução de problemas na tomada de decisões.

Um plano é um compromisso que anuncia resultados, ainda que tais resultados não dependam inteira ou principalmente do cumprimento daqueles compromissos (MATUS, 2006). Isso fica mais claro, por exemplo, quando da constituição do momento normativo em vista de que as atividades programadas não foram todas cumpridas devido, em parte, a alguns atores importantes não se fazem presente no primeiro momento agendado para a construção do PES.

Esses atores são importantes para o desenvolvimento do trabalho e precisam ser incluídos no processo de planejamento.

O processo de experiência vivenciado quando da construção do PES desenvolvido até o momento, com possibilidade de continuidade, dentro da dinâmica proposta pela Ufopa, nos trouxe importantes contribuições à formação profissional, sobretudo no conhecimento de aspectos teórico-práticos inerentes ao método, que conforme Huertas (1995), possui “um corpo teórico-metodológico muito sólido, sistemático e rigoroso, oriunda de uma prática e crítica teórica” que exige dedicação e aplicação na compreensão desses aspectos.

Figura 5: Reunião na Comunidade Para Construção do Momento Normativo, Irurama Eixo-Forte, 2018.



Fonte: Arquivo Pessoal, 2018.

4.4 RELATO DE EXPERIÊNCIA CRÍTICO-REFLEXIVA

Com isso, todo o processo de planejamento é importante para toda a construção de políticas públicas e para que se alcance metas, e a depender de como ele é construído e se alcance metas efetivas e eficazes. Entende-se que há uma necessidade dentro do setor saúde que se construa uma formação para profissionais que irão atuar seja no setor público ou privado, voltada acerca do aprendizado e a importância do planejamento, uma vez que ele é uma ferramenta que se usa em todos os setores e precisa ser compreendida em sua construção ou utilização.

Uma vez que se compreende sua necessidade, percebe-se que a saúde é muito além de se perceber o indivíduo como portador de uma doença atrelada a um agente biológico ou físico, mas, que existem determinantes e condicionantes que interferem no processo saúde-doença, e que, compreender toda a complexidade que envolve o indivíduo se não for a principal, é tão importante quanto se saber a doença, é olhar a pessoa em toda a sua integralidade. E ver que o ambiente, a vida social, comunitária, familiar, cultural, entre outras, estão ligadas ao processo de saúde e adoecimento e que precisa serem vistas com um olhar diferenciado por quem tem a capacidade de mudar a realidade por meio de ações de promoção e prevenção à saúde, envolvendo a pessoa, a comunidade, as entidades e organizações sociais, os gestores públicos e todos aqueles que estão envolvidos com as questões relacionadas.

E este processo de ensino e aprendizagem gerou ressignificações pessoais e coletivas, vistas que o contato com a comunidade foi fortalecido com o estreitamento dos vínculos, a relação de compartilhamento de saberes, e a inclusão dos comunitários em todo o processo, garantindo a autonomia e participação social, no gerenciamento de problemas detectados por eles e construção de caminhos que os direcionaram a resolução dos mesmos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho possibilitou a reflexão sobre o processo de ensino aprendizagem com foco na experiência de construção de um plano operativo com base no planejamento e gestão em saúde, dando condições à construção de práticas e saberes, em se tratando do processo de formação em construção dentro da academia com vista ao enfrentamento das necessidades de saúde da população com foco no SUS, orientados por uma concepção humanística, ética e técnico-científica.

As atividades acadêmicas "extramuros", isto é, em que os discentes entram em contato com a realidade territorial/local, constituem-se como um campo de saberes e práticas essencialmente importantes à formação profissional. Neste processo, as possibilidades são ampliadas de acordo com as demandas da sociedade em que, como futuros profissionais da saúde, os discentes que estarão atuando nas mais diversas situações, precisam se apropriar de competências para poder atuar no Planejamento e Gestão em Saúde. Podemos, assim, enfatizar que a experiência hora vivenciada trouxe significativas aprendizagem para cumprir com os objetivos da formação.

De um modo geral, a participação no processo de construção do plano operativo desenvolvido até aqui, possibilitou a interação com famílias da comunidade, lideranças

comunitárias, professores, gestores, profissionais da saúde, agentes públicos, estes sendo atores que possuem governabilidade sobre o território em níveis diferenciados, com interesses diferentes e divergentes no "jogo social" e, deste modo, criam um ambiente intenso que nos instigou ao aprimoramento dos conhecimentos e habilidades adquiridas num processo contínuo de aprendizado.

Embora tenha tido algumas limitações na realização do PES, tais como: a dificuldade de acesso; a participação reduzida dos comunitários em alguns dos encontros, embora sempre tenha tido a presença de moradores e lideranças em todas as etapas executadas e articulações; assim como a impossibilidade de continuação do plano devido a tais problemáticas. Tudo isso não impediu que se concretizasse até este momento o PES e nem a participação da comunidade ficou prejudicada na sua elaboração tornando-se de fundamental importância para efetivação do plano.

Fica claro, então que os problemas da comunidade, podem ser vistos de forma diferente quando a comunidade não participa do processo de discussão, seus olhares não seriam percebidos sem a participação em todo o processo de formulação e elaboração técnico-científico que conciliado com os demais atores dão condições para uma visão mais ampla sobre os determinantes sociais da saúde e sobre as possibilidades de enfrentamento, salientando que todos os atores do processo possuem limitações de informações e de recurso que precisam ser superadas.

Esse “mergulho experiência” pode proporcionar este olhar mais real de quais são as problemáticas no território de atuação. É justamente o contato direto com a realidade que oportuniza ao futuro profissional ter subsídios para avaliar as ações e políticas exercidas, podendo criar o desejo de inovar e fazer algo para mudar e/ou melhorar essa realidade.

REFERÊNCIAS

AVILA-PIRES, Fernando Dias de. **Por que é básica a pesquisa básica**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 505-506, Dec. 1987. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1987000400013&lng=en&nrm=iso>. access on 09 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1987000400013>.

BARRETO, L. B.; et al. **Operacionalização de um processo de planejamento. Serviços Farmacêuticos Módulo Transversal: Gestão da Assistência Farmacêutica**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC. 2013. Disponível em: www.unasus.ufsc.br. Acesso em: 20 jul. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acessado em: 14 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 10 ago. 2018.

_____. Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária- Incra- Diretoria de Assentamento-DP. **Projetos de Assentamento Agro-Extrativistas-Pae's**. Brasília, Distrito Federal, 1996.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoios à Gestão Participativa **Saúde em Ambiente para populações do Campo, da Floresta e das Águas**. - Brasília, 2015

CDSS- Comissão de Determinantes Sociais em Saúde. **Redução das desigualdades no período de uma geração**. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, Organização Mundial da Saúde. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en. Acessado em: 08 jul. 2018.

BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença**: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2005-2008, Sept. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900033>.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CAPOZZOLO, Angela Aparecida. Mudanças na formação dos profissionais de saúde. In: CAPOZZOLO, Angela Aparecida; CASSETTO, Sidnei José; HENZ, Alexandre de Oliveira. Orgs. **Clínica Comum**: itinerário de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.
GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994. 207 p.

GIOVANELLA, L. **As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, jan/mar., 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n1/v7n1a04.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

HUERTAS, Carlos. Entrevista com Carlos Matus. O método PES. São Paulo: Edições Fundap, 1995.

JUNQUEIRA, Virginia. FRUTUSO, Maria Fernanda. SILVA, Carlos Roberto de Castro. Os (Des)compassos entre a universidade e os serviços de saúde. Cap 10; Pag 229-247. In:

CAPOZZOLO, Angela Aparecida; CASETTO, Sidnei José; HENZ, Alexandre de Oliveira. **Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde-** São Paulo, 2013.

LACERDA Josimari Telino de; BOTELHO, Lúcio José; COLUSSI, Cláudia Flemming. (Orgs). **Planejamento da atenção Básica. Especialização Multiprofissional na Atenção Básica.** Florianópolis, Universidade Federal de Santa. Catarina, 2016. Disponível em: <https://unasus.ufsc.br/atencaoBasica/files/2017/10/Planejamento-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica-ilovepdf-compressed.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018.

LEITE, S. N. & GUIMARÃES, M. C. L. **Introdução à gestão da assistência farmacêutica. Una-SUS, Gestão da Assistência Farmacêutica, EaD.** Eixo 1: Políticas de Saúde e Acesso aos Medicamentos – Módulo 1: Introdução ao Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica, 2013. Trindade – Florianópolis – SC. Disponível em: <www.unasus.ufsc.br>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946.** Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

MAGRI, Juliana Maria. **Aplicação do Método QFD no setor de serviços: estudo de caso em um restaurante.** Juiz de Fora, MG-Brasil, 2009.

MATUS, Carlos. **Adeus, Senhor Presidente. Planejamento, Antiplanejamento e Governo.** Trad. Francisco A. Carneiro da Cunha Filho. Recife: Litteris Editora Ltda, 1989. p. 204.

MATUS, Carlos. O Plano como Aposta. Tradução: Frank Roy Cintra Ferreira, São Paulo em Perspectivas, v. 5, n. 4, p. 28-42, out.-dez./1991. In: GIACOMONI, James; PAGNUSSAT, José Luiz. Org. **Planejamento e Orçamento Governamental;** coletânea. Brasília: ENAP, 2006.

MERHY, Emerson Elias. **Ver a si no ato de cuidar.** Cap 11, p 248-267. In: CAPOZZOLO, Angela Aparecida; CASETTO, Sidnei José; HENZ, Alexandre de Oliveira. **Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde-** São Paulo, 2013. Editora Hucitec. São Paulo, 2013;

NASCIMENTO, Ari Bassi. **Uma visão crítica das políticas de descriminalização e de patologização do usuário de drogas.** Psicologia em Estudo, Maringá, pag 186, 2006.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como Fazer Pesquisa Qualitativa.** 6. Ed. Petrópolis, RJ: vozes. 2014;

PELLEGRINI FILHO, Alberto. **Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2080-2082, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001100001>.

PFEIFFER, Peter. **Planejamento estratégico municipal no Brasil: uma nova abordagem.** Brasília: ENAP, 2000.

RÉUS, Deise Rocha; JACOBS, Úrsula. **Planejamento e gestão em APS. Farmacêuticos na AB/APS- Trabalhando em Rede.** s.d.

SCLIAR, Moacyr. **História do conceito de saúde.** Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, abr. 2007. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312007000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 26 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>.

TEIXEIRA E.. **As três metodologias.** Petrópolis (RJ): Vozes; 2013.

VASTERS, Gabriela Pereira; PILON, Sandra Cristina. **O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado.** Ver. Latino-Am. Enfermagem, 2011.