

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ANDRÉA DE AFONSECA DIAS E SILVA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: CRIAÇÃO DE GRUPO LOCAL PARA
INCENTIVAR A PARTICIPAÇÃO POPULAR NAS AÇÕES EM SAÚDE**

**UBERABA/ MINAS GERAIS
2015**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

ANDRÉA DE AFONSECA DIAS E SILVA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: CRIAÇÃO DE GRUPO LOCAL PARA
INCENTIVAR A PARTICIPAÇÃO POPULAR NAS AÇÕES EM SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Msc. Lourani Oliveira dos Santos Correia

UBERABA/ MINAS GERAIS
2015

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ANDRÉA DE AFONSECA DIAS E SILVA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: CRIAÇÃO DE GRUPO LOCAL PARA
INCENTIVAR A PARTICIPAÇÃO POPULAR NAS AÇÕES EM SAÚDE**

Banca examinadora:

Examinador 1 - Prof^a Msc. Lourani Oliveira dos Santos Correia – UFAL

Examinador 2 – Prof^a Dr^a Regina Maura Rezende – Universidade Federal do
Triângulo Mineiro - UFTM

Aprovado em: Uberaba, 28 de janeiro de 2015

**UBERABA/ MINAS GERAIS
2015**

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo a elaboração de um plano de ação para o enfrentamento do problema prioritário na área de abrangência da Unidade Básica em Saúde da Família Ipanema I, no município de Uberlândia. Tal problema refere-se a pouca participação dos usuários adscritos nas questões em saúde. Com isso, associada à falta de informação da comunidade e da equipe de saúde, ocorre grande número de reclamações e insatisfação por parte de todos os envolvidos no processo de trabalho. Espera-se que com este projeto, possa haver maior controle social em saúde, concomitante ao aumento da cooperação entre equipe de saúde e população atendida.

Palavras-chaves: Participação popular em saúde. Direito e saúde. Participação comunitária. Conselho de saúde.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Desenho das operações	18
Quadro 2 - Recursos críticos a serem consumidos	19
Quadro 3 - Posicionamento e motivação dos atores	20
Quadro 4 - Plano Operativo	21
Quadro 5 - Modelo de gestão	22

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Acquired Imunno Deficiencie Syndrome
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DST	Doenças Sexualmente transmissíveis
ESF	Estratégia em Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UAI	Unidade de Ação Integrada
UAPSF	Unidades de Atenção Primária à Saúde da Família
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	12
4 METODOLOGIA	13
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	17
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

Uberlândia originou-se das explorações bandeirantes em meados dos séculos dezessete e dezoito, pelas quais ocorreu a chegada do desbravador João Pereira da Rocha, que se fixou onde hoje está a cidade de Indianópolis. A partir daí, vários povoados se aglomeraram na região. Até a data de 31 de agosto de 1888, o município pertencia à cidade de Uberaba, emancipando-se na referida data. Com a emancipação houve importante crescimento da área urbana de Uberlândia, com criação de escolas, jornal, indústrias de diversos setores, inclusive agro-pastoris (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA, 2014).

Localiza-se no estado de Minas Gerais, mesorregião do Triângulo Mineiro, a oeste de Belo Horizonte, da qual dista de 556 quilômetros aproximadamente. Sua área é de 4.1 mil Km² e densidade populacional de 146,78 habitantes/ Km² (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA, 2014).

De acordo com o censo 2010 constatou-se que a população é predominantemente jovem perfazendo um total de 604.013 indivíduos distribuídos em 219.215 domicílios. Desses, 587.226 residem na área urbana e 16.747 da área rural. A taxa de urbanização é de 97% e renda média domiciliar de R\$ 974,00 reais (IBGE, 2014).

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) divulgado em 2011, evidenciou uma média absoluta de 5,8 do 1º ao 5º ano e de 4,8 do 6º ao 9º ano. Já o índice relativo em âmbito nacional foi de 4,7 e 3,9, respectivamente.

Outros dados importantes para a avaliação geral da cidade, são a taxa de crescimento anual de 1,88% (entre os anos de 2000 e 2010), a taxa de analfabetismo de 3,6%, proporção de moradores abaixo da linha de pobreza de 0,70% e o Índice de Desempenho do SUS de 5,48, conforme dados divulgados pelo DATASUS no ano de 2012 (IBGE, 2014).

As principais atividades econômicas relacionam-se ao agronegócio (com destaque para o processamento de grãos) e ao setor industrial, que conta com um considerável Distrito Industrial. Além disso, há grandes centros distribuidores de produtos (alimentos, cosméticos, químico, entre outros) e um comércio bastante desenvolvido (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA, 2014).

A assistência à saúde está organizada em rede, respeitando os diversos níveis de complexidade e de densidade tecnológica. O fluxo de atendimento é coordenado e gerenciado pela Atenção Primária. A Atenção Primária é composta pelas Unidades Básicas de Saúde e pelas Unidades do Programa Saúde da Família, evidenciando um modelo misto de Atenção Primária. Uberlândia tem 45 equipes de Saúde da Família, 42 Unidades de Atenção Primária à Saúde da Família (UAPSF), sendo duas equipes da Zona Rural.

Compõem os prestadores de ações da Atenção Secundária as Unidades de Ações Integradas (UAI), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Reabilitação Municipal, Ambulatório de Oftalmologia, Ambulatório de DST/AIDS Herbert de Sousa, Centro de Atenção ao Diabético, Centro de Referência Saúde do Trabalhador, Ambulatório de Fonoaudiologia, Programa de Lesões Lábio-Palatais, Ambulatório Amélio Marques, Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. A atenção terciária ocorre no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e em Hospitais Privados conveniados ao SUS.

A cidade é dividida em cinco setores: Central, Leste, Oeste, Norte e Sul. O Setor Leste tem 11 bairros, dentre os quais se destaca o Jardim Ipanema, que é atendido por duas Unidades Básicas em Saúde da Família: a UBSF Ipanema I e a UBSF Ipanema II. Localizado na periferia de Uberlândia, o Jardim Ipanema abriga, em sua maioria, população economicamente carente, com poucos locais para o lazer, para atividades físicas e para programações culturais. O local possui escola, creche e igrejas. Todos os domicílios possuem energia elétrica, água encanada e saneamento básico, como consta no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA, 2014).

Na UBSF Ipanema I a população adscrita é de 3565 pessoas e 1.152 famílias. Não há dados consistentes a respeito da ocupação desses habitantes, mas infere-se que boa parte ocupa-se de atividades do comércio e da indústria, além de uma parcela de profissionais autônomos. Quanto ao nível de alfabetização, não foram encontrados dados no SIAB. Quanto à morbidade e mortalidade, de acordo com dados do SIAB, a maior parcela refere-se a alterações cardiovasculares e endócrinas (hipertensão arterial e diabetes mellitus) e suas complicações, a exemplo de acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio e insuficiência renal.

A Unidade Básica em Saúde da Família Ipanema I, implantada há 11 anos, é composta por enfermeira, médica, psicóloga, assistente social, auxiliar de

enfermagem, dentista, técnica em saúde bucal, seis agentes comunitárias de saúde, nutricionista e auxiliar administrativo. A estrutura física da unidade é bastante precária e o número de cômodos não comporta todos os profissionais e atividades concomitantes. Apesar disso, a localização favorece o acesso dos usuários à unidade.

Na Unidade, são realizadas consultas médica, psicoterápica, de enfermagem e odontológica, orientação nutricional, visitas domiciliares, vacinação, administração de medicamentos e curativos, grupos operativos, reunião de equipe semanal, entre outras atividades.

Ao realizar o diagnóstico situacional da referida área, a equipe de saúde constatou diversos problemas referentes à saúde local, tais como: o elevado número de reclamações formais e informais, a violência e desrespeito por parte dos usuários aos funcionários da unidade, o desinteresse de funcionários e pacientes na participação social em saúde, a priorização de processos agudos pelos pacientes, a baixa adesão a tratamentos não farmacológicos, baixa adesão dos cuidadores aos planos de tratamento multidisciplinar, elevado número de pacientes com transtornos mentais que abandonam o tratamento interdisciplinar, necessidade frequente de busca ativa para avaliação periódica em saúde de crianças maiores de 2 anos de idade.

Dentre os citados acima, considerou-se como problema prioritário a pouca participação popular em saúde, uma vez que, com isso, há desinformação da população, gerando desconhecimento de seus direitos e deveres, propagando-se assim, o uso da violência como forma de satisfazer suas demandas. Além disso, perpetua-se o comportamento conformista e não resolutivo por parte da equipe de saúde, que não denuncia as agressões e nem se esforça para acolher os usuários, desconsiderando suas particularidades e até mesmo sua carência de informação.

Tudo isso afeta o cotidiano da equipe e pacientes, com prejuízo do processo de trabalho.

2 JUSTIFICATIVA

Conforme já referido anteriormente, o maior problema com grande impacto tanto para a equipe de saúde quanto para os usuários, diz respeito ao grande número de reclamações formais (por meio de ouvidoria) e informais, inclusive com a ocorrência de agressões verbais e físicas aos funcionários da unidade.

Nota-se incompreensão por parte da clientela sobre o funcionamento da rede de atendimento à saúde, o que inclui a não diferenciação entre casos agudos e crônicos, número de consultas/ visitas desejadas e necessárias, demora na realização e na entrega dos resultados de exames, encaminhamentos a especialistas (boa parte dos pacientes solicita ser encaminhado ao especialista), visão centrada no processo doença- tratamento, assim como desconhecimento sobre os direitos e deveres dos usuários.

Tudo isso contribui para que haja boa parcela de usuários hiperutilizadores, além de parte dos pacientes responsabilizarem os funcionários da UBSF por todos os erros/inconveniências nos diversos níveis de atenção à saúde e pelas expectativas frustradas da população.

Muitos dos clientes não sabem ou nunca foram devidamente informados sobre o modo de funcionamento da rede de saúde, qual a porta de entrada, quais os fluxos, quando procurar auxílio em unidades de pronto atendimento, quais as funções de cada componente da equipe de saúde, quais são os próprios direitos e como reivindicá-los. Tampouco consideram a saúde em todos os seus aspectos e tantas vezes não se enxergam como sujeitos das ações em saúde.

A população adscrita na área de abrangência do UBSF Ipanema 1 não é devidamente ativa em grupos e discussões que envolvem seus interesses, como em associação de bairro, em Conselhos Regionais ou Municipais. A maioria não sabe a finalidade dessas instituições.

Ainda, existe um despreparo da equipe, que por vezes age como se o usuário tivesse pleno conhecimento das informações descritas acima, caracterizando-o como agressivo e “poliqueixoso”, desconsiderando a totalidade do indivíduo e todo o seu contexto biopsicossocial.

Chaves, Costa e Lunardi (2005) consideram que a

“informação é um direito do cidadão, é um meio que o indivíduo dispõe para tomar conhecimento e ter poder de determinação acerca da situação que está vivenciando. Sem a informação, o cidadão não é capaz de reivindicar e/ou lutar pelos seus direitos, não tem condições e nem argumentos para questionar, dificultando, dessa forma, o exercício de sua autonomia: A informação e o conhecimento são os meios que permitem a perpetuação das relações democráticas. A falta de informação, caracterizada como ignorância, permite ações abusivas, de exploração, subjugação e dominação. Para que as pessoas possam cuidar de si, administrar o seu corpo, faz-se necessário manterem-se bem informadas e lutar pelos seus ideais e crenças” (CHAVES, COSTA E LUNARDI, 2005, p.39).

É nesse cenário que o presente trabalho pretende intervir organizando a participação popular em busca de seus direitos e de uma assistência à saúde mais efetiva, resolutiva e mais racional no uso dos recursos disponíveis.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um Projeto de Intervenção para estimular a participação popular na resolução de problemas de saúde na comunidade adscrita à UBSF Ipanema I do município de Uberlândia

3.2 Objetivos Específicos

Revisar a literatura acerca da participação popular no SUS;

Aumentar o nível de conhecimento dos usuários sobre as ações de assistência à saúde prestadas no SUS;

Motivar os usuários para a participação popular na gestão do SUS;

Sensibilizar a equipe da UBSF Ipanema I para melhoria no processo de trabalho.

4 METODOLOGIA

A revisão da literatura foi realizada por meio de pesquisa nas bases de dados SCIELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), MEDLINE e LILACS, com os seguintes descritores: participação popular em saúde, direito e saúde, participação comunitária, conselho de saúde. Também foram consultados artigos, teses e dissertações.

O diagnóstico situacional foi realizado utilizando o Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional, por meio de Estimativa Rápida, com entrevistas, observação ativa da área e coleta de dados de fonte secundária. Assim, considerou-se como prioridade a necessidade de maior participação popular nas atividades em saúde.

Para tanto, foram seguidos os momentos do processo de planejamento, conforme proposto por Matus (1989,1993):

1) Momento explicativo: com o objetivo de conhecer a realidade local, com a participação da população, foi feita observação ativa e entrevistas com usuários para identificar e priorizar problemas;

2) Momento normativo: em equipe, por meio de reuniões, foram aventadas possíveis ações para solucionar o problema selecionado

3) Momento estratégico: também em equipe, foram analisadas a viabilidade das ações e estratégias para tornar possível a execução da proposta.

A partir daí, foi elaborado pela equipe de saúde o projeto de intervenção para o incentivo à participação social em saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, pela Lei N. 8080, trouxe novas perspectivas sobre a saúde. Resultado de mobilização de forças sociais representadas na Reforma Sanitária Brasileira, o SUS assume como premissa que a saúde é um direito de todos e um dever do estado (COELHO, 2012). Com ações de prevenção, promoção e reabilitação, esse sistema reordena a assistência em saúde, que passa a ser regionalizada e hierarquizada (PAIM, 2013).

O SUS tem como princípios éticos a universalização, a integralidade e a equidade; e como princípios operativos a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social (GOMES, 2011).

A atenção à saúde no SUS é configurada em redes, em diferentes níveis de densidade tecnológica, definidos como atenção primária, secundária e terciária. Os diversos setores são inter-relacionados e interdependentes, objetivando um cuidado integral ao usuário da rede (MENDES, 2010).

A principal porta de entrada do usuário ao SUS é a atenção primária. Neste nível de atenção ocorre o primeiro contato do cidadão com a rede de saúde, sendo possível ser referenciado a outro nível de atenção, de acordo com as necessidades individuais. Com o sistema de referencia e contra referencia pode-se gerenciar o cuidado, com a garantia da integralidade. É na atenção primária que ocorre a coordenação do cuidado (MENDES, 2010).

O SUS define também como um de seus princípios a participação popular nas decisões e ações. Do ponto de vista jurídico, a Lei N° 8142 legitima a participação popular em todos os níveis de gestão do SUS (FARIAS FILHO, 2014).

A participação popular, também conhecida como controle social, permite o controle e fiscalização de recursos. O controle social é também representado por ações em que os indivíduos desempenham papéis sociais participando da formulação de políticas e interferem ativamente nas decisões para atender seus interesses (ROLIM *et al.*, 2013).

Sendo assim, há várias formas de participação popular. Algumas delas são as chamadas institucionalizadas, como os Conselhos de Saúde e as Conferências. Elas permitem o acesso de grupos populacionais às decisões governamentais em saúde (OLIVEIRA, 2013). Há ainda, formas de participação popular não institucionais, sendo expressas por quaisquer atividades em saúde individuais ou coletivas (BISPO JUNIOR, 2013).

Segundo Coelho (2012) os Conselhos e Conferências de Saúde são as formas predominantes de participação da sociedade na saúde.

“Essas instâncias representam experiências concretas de gestão participativa que trouxeram melhorias nesse campo no País e servem de exemplo de democratização do sistema de saúde. Porém a participação social para construir o SUS vai além desses espaços. Conselhos e Conferências não bastam para contemplar a diversidade de opiniões da sociedade em toda a sua complexidade de atores, tornando-se insuficientes quando representam a única abertura da gestão à participação popular” (COELHO, 2012, p. 140.).

A reflexão sobre participação popular nos remete à ideia de cidadania. Nesse contexto, cidadania relaciona-se a direitos e deveres (MARTINS, 2011). A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde assegura, como quinto princípio, os deveres dos usuários, responsabilizando-os por atitudes como participar de eventos de promoção em saúde, desenvolver hábitos saudáveis, solicitar esclarecimento sobre suas dúvidas, respeitar os trabalhadores de saúde, entre outras. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006).

Backes e colaboradores (2009) destacam sobre a relação entre gestores e usuários: “a cultura da queixa e da reclamação” e que a despeito da demonstração de insatisfação do usuário, não são oferecidas soluções. Consideram ainda, a importância da participação ativa do usuário como forma de ser compreendido e de sentir-se sujeito das ações em saúde.

Ainda segundo Backes e colaboradores

“Percebe-se, infelizmente, que as duas pontas do sistema se deslocam para lados contrários. De um lado os gestores, a classe política, que encontra dificuldades em encontrar estratégias eficazes de informar a população sobre seus direitos. Por outro lado, o desinteresse da população quanto a formas mais ativas de participação, pois, ao sentir-se um sujeito de direitos, esquece seu dever como co-gestor do sistema.”

Há ainda que se considerar o papel relevante da equipe de saúde na criação de ambiente favorável à resolução de problemas da população, assim como na

divulgação de informações. É preciso ainda, que tais funções sejam executadas considerando-se as particularidades dos indivíduos e os profissionais se manterem disponíveis para também aprender com a realidade e o conhecimento de cada um (GOMES, 2011).

A educação permanente em saúde (EPS) é um recurso de suma importância para facilitar a atuação da equipe de saúde. Trata-se de estratégia que objetiva o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde, com aproximação entre saúde e educação, sendo regulamentada como política pública (BRASIL, 2004).

Sarreta (2012, p.2) ressalta que

“A construção desta Política assinala a valorização do debate acumulado, a iniciativa e compromisso governamental, juntamente com a pressão do controle social. Reafirma os princípios democráticos do Sistema e atravessa suas diferentes ações e instâncias, desse modo, aponta o fortalecimento da gestão participativa e da Responsabilidade compartilhada, com dispositivos que ampliam os espaços para o exercício do diálogo, integração, participação e a busca de respostas coletivas para problemas que impedem a atenção integral. Um aspecto inovador, a Política ressalta a perspectiva interdisciplinar e intersetorial no âmbito da saúde e, desse modo, reforça a saúde como direito de todos e dever do Estado e a concepção do processo saúde/doença, como decorrente das condições de vida e trabalho”.

Portanto, o conhecimento sobre as formas de participação social em saúde, com interação entre equipe de saúde e clientela, pode ser um caminho para proporcionar uma assistência em saúde eficaz e um processo de trabalho harmonioso e pacífico.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para a elaboração do projeto foram seguidos os dez passos abaixo explicitados:

Passo 1: Definição de Problemas

Através da Estimativa Rápida, enumeraram-se os problemas em saúde da comunidade. Foram realizadas entrevistas com 150 usuários, em período de 30 dias, questionando-se quanto à satisfação/insatisfação com o serviço de saúde e qual o meio utilizado para reivindicar seus direitos. Utilizou-se também de dados obtidos juntamente a Secretaria Municipal de Saúde com a contabilização do número de reclamações efetuadas na ouvidoria. Além disso, foi essencial a observação ativa da realidade local. As atividades acima foram efetuadas com a participação de todos os membros da equipe, com exceção da entrevista, que foi realizada pela equipe de enfermagem, médica e agentes comunitárias.

Passo 2: Priorização de Problemas

Selecionaram-se como problema principal a baixa participação popular em saúde, considerando-se a maior importância, urgência e capacidade de enfrentamento.

Passo 3: Descrição do Problema Selecionado

Dos 150 usuários entrevistados, 65,00% mostraram-se insatisfeitos com o serviço de saúde da unidade e 88,00% usariam como meio de reivindicação dos direitos a reclamação da insatisfação com algum funcionário da unidade (enfermeira, técnica administrativa, médica, agente comunitária ou outros).

Passo 4: Explicação do Problema

Em equipe, buscou-se explicar o problema para a definição dos nós críticos. Concluiu-se que a pouca participação popular em saúde tem como um dos motivos a falta de informação da população. Boa parte dos usuários não sabe a quem reivindicar seus direitos, ou nem sabem quais são seus direitos e deveres. Desconhecem as funções do SUS, o fluxo da rede de saúde e o papel de cada

funcionário, tampouco se consideram parte ativa do Sistema Único de Saúde. Entendem o SUS como o 'plano de saúde dos menos favorecidos'. Também, o despreparo da equipe favorece a perpetuação desse modo de pensar e agir, muitas vezes revidando ou aceitando agressões e não orientando adequadamente.

Passo 5: Seleção dos Nós Críticos

O problema selecionado, qual seja, a baixa participação popular em saúde, tem os seguintes nós críticos selecionados pela equipe da unidade Ipanema 1:

- a) falta de informação dos usuários
- b) falta de motivação dos usuários
- c) despreparo dos componentes da equipe da UBSF Ipanema I em lidar com tal problema;

Passo 6: Desenho das operações

O Quadro 1 resume o desenho das operações a serem realizadas para o enfrentamento do problema selecionado.

Quadro 1 – Desenho das operações

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Falta de informação dos usuários	“O SUS na Sala de Espera” Aumentar a informação dos usuários.	Pacientes bem informados, atuantes, satisfeitos com a saúde.	Avaliação do nível de conhecimento, redução das reclamações, campanhas educativas, confecção de material informativo.	Organizacional: programação das datas, produção de material educativo. Cognitivo: informações sobre os temas. Político: local das atividades. Financeiro: para a produção de material didático, folhetos, vídeos.
Falta de motivação dos usuários	“Somos todos parte do SUS 1” Sensibilizar a	Aumentar a participação popular em saúde	Formação de grupos com a população, confecção de material informativo.	Organizacional: definir datas das reuniões Cognitivos: informações sobre os

	população			temas Político: definir local das reuniões e participação de elementos chaves (conselheiros de saúde, presidente da associação de bairro, presidente do Conselho de Saúde) Financeiro: para aquisição de materiais informativos, folhetos, vídeos.
Despreparo dos funcionários	“Somos todos parte do SUS 2” Sensibilizar a equipe da UBSF Ipanema I	Funcionários motivados, interessados na melhoria do processo de trabalho.	Capacitação dos funcionários, reuniões mensais.	Organizacional: organizar reuniões Cognitivo: informações sobre os temas Político: definir local das reuniões

Passo 7: Identificação dos Recursos Críticos

Os recursos críticos são aqueles indispensáveis para a execução da ação e, portanto, devem ser avaliados quanto às suas viabilidades e estratégias para tal, permitindo êxito nos resultados. O Quadro 2 explicita os recursos críticos necessários ao projeto em questão:

Quadro 2 – Recursos críticos a serem consumidos

Operação	Recursos Críticos
O SUS na Sala de Espera	Político: definir local das atividades Organizacional: definir datas e produzir material educativo Cognitivo: conhecimento sobre o tema

	Financeiro: para produção de material educativo, recursos audiovisuais.
Somos todos parte do SUS1	Político: definir local das atividades Organizacional: produzir material educativo Financeiro: para produção de material, recursos audiovisuais. Cognitivo: Conhecimento sobre o tema
Somos todos parte do SUS 2	Cognitivo: conhecimento sobre o tema

Passo 8: Análise da viabilidade do plano

Nesta etapa, foi analisado o posicionamento de cada ator que controla os recursos necessários às ações, de acordo com sua motivação favorável, indiferente ou contrária à utilização do recurso. O Quadro 3 resume a análise da viabilidade do plano.

Quadro 3 - Posicionamento e motivação dos atores

Operação	Recursos críticos	Ator que controla o recurso	Motivação do ator	Ação estratégica
O SUS na Sala de Espera	Político: definir local das atividades Organizacional: definir datas e produzir material educativo Cognitivo: conhecimento sobre o tema Financeiro: para produção de material educativo, recursos audiovisuais	Ator que planeja	Favorável	Sensibilizar os participantes
Somos todos parte do SUS 1	Político: definir local das atividades Organizacional: produzir material educativo Financeiro: para	Ator que planeja	Favorável	Não é necessária

	produção de material, recursos audiovisuais Cognitivo: Conhecimento sobre o tema			
Somos todos parte do SUS 2	Cognitivo: conhecimento sobre o tema	Ator que planeja	Favorável	Não é necessária

Passo 9: Elaboração do Plano Operativo

Na sequência foram designados os responsáveis pelo acompanhamento das operações, assim como foram definidos os prazos para execução das ações estratégicas conforme discriminado no Quadro 4.

Quadro 4 - Plano Operativo

Operação	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
O SUS na Sala de Espera	Pacientes bem informados, atuantes, satisfeitos com a saúde	Avaliação do nível de conhecimento, redução das reclamações, campanhas educativas, confecção de material informativo	Agendar datas das atividades Produzir material informativo e questionários	Médica Agentes comunitárias Enfermeira	60 dias
Somos todos parte do SUS 1	Aumentar a participação popular em saúde	Formação de grupos com a população, confecção de material informativo	Agendar as reuniões Avisar e sensibilizar a comunidade Confecção de material informativo	Médica, enfermeira, agentes comunitárias	60 dias
Somos todos parte do SUS 2	Funcionários motivados, interessados na melhoria do processo de	Capacitação dos funcionários, reuniões mensais	Agendar reuniões Capacitação dos funcionários da equipe de saúde	Enfermeira, médica, agentes comunitárias	90 dias

	trabalho				
--	----------	--	--	--	--

Passo 10: Modelo de gestão

Em um Plano de Ação, deve-se elaborar um modelo de gestão para acompanhar a execução dos planos e, se necessário, estipular correções das ações para maior efetividade. O Quadro 5 mostra o modelo de gestão elaborado.

Quadro 5 - Modelo de gestão

Operação	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Novo prazo
O SUS na sala de espera	Avaliação do nível de conhecimento, redução das reclamações, campanhas educativas, confecção de material informativo.	Médica Agentes comunitárias Enfermeira	60 dias	Em execução	30 dias
Somos todos parte do SUS 1	Formação de grupos com a população, confecção de material informativo.	Médica, enfermeira, agentes comunitárias.	60 dias	Em execução	30 dias
Somos todos parte do SUS 2	Capacitação dos funcionários, reuniões mensais.	Enfermeira, médica, agentes comunitárias.	90 dias	Em execução	30 dias

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS possibilitou a integralidade do atendimento em saúde e a Atenção Primária, principalmente representada pela Estratégia em Saúde da Família, ampliou o acesso ao cuidado em saúde. A maior acessibilidade não foi acompanhada na mesma proporção por aumento da participação popular em saúde.

A participação popular nas decisões e gestão da saúde, embora assegurada por lei, ainda é incipiente na UBSF Ipanema 1. O que se observa são usuários que desconhecem seus direitos, deveres, e boa parte não sabe sequer da existência dos Conselhos de Saúde. Desconhecem também as outras formas de participação em saúde, o que muitas vezes faz com que os usuários usem de violência e agressões como maneiras de reivindicar seus direitos.

Por outro lado, a falta de capacitação dos funcionários da unidade de saúde em lidar com tal situação, assim como a pouca informação dos mesmos sobre as normas do sistema de saúde vigente, prejudica a eficiência do sistema e perpetuam um comportamento de comodismo diante da não resolubilidade das questões em saúde.

O incentivo a participação popular em saúde pode modificar a situação exposta e melhorar a qualidade do serviço e, futuramente, podendo-se consolidar inclusive um Conselho de Saúde local. Espera-se que haja melhoria das demandas apresentadas e maior protagonismo dos sujeitos, sejam usuários ou funcionários da unidade de saúde.

REFERÊNCIAS

- BACKES, Dirce Stein et al . O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Jun 2009.
- BISPO JUNIOR, José Patrício; GERSCHMAN, Sílvia. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Jan. 2013
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria No 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 20 set. 1990; Seção 1.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE cidades@. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acessado em 22 nov 2014.
- CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte, NESCON, UFMG, Ed. Coopmed, 2010.
- CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares; CABRAL, Marta Henriques de Pina; ANTUNES, Ludmila Rodrigues. Participação em saúde: uma sistematização de artigos publicados em periódicos brasileiros - 1988/2005. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, Jul 2012.
- CHAVES, P. L.; COSTA, V. T.; LUNARDI, V. L. A enfermagem frente aos direitos dos pacientes hospitalizados. **Texto e contexto- enfermagem**, v.14, n.1, 2005.
- COELHO, J. S. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca da equidade e transformação. **Saúde Soc. São Paulo**, v.21, p. 138-151, 2012. Suplemento.
- DATASUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>. Acesso em 20 nov. 2014.
- FARIAS FILHO, Milton Cordeiro; SILVA, Andréia Neves da; MATHIS, Armin. Os limites da ação coletiva nos Conselhos Municipais de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, Jun 2014.
- GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.1, p. 7-18, 2011.

MARTINS, P. C. et al. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1933 - 1942, 2011.

MATUS, P. C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVIERA, F. J. U. (Org). Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989, p. 105-176.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; IANNI, Aurea Maria Zöllner; DALLARI, Sueli Gandolfi. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 8, ago. 2013.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os vinte e cinco anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, v.19, n. 10, p. 1927-1953, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA. História de Uberlândia. Disponível em: <<http://www.uberlandia.mg.gov.br>>. Acesso em 03 jun.2014.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R.S.B.L.C; SAMPAIO, K.J.A.J. Participação popular e o controle social com diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, v. 37, n.96, p.139-147, 2013.

SARRETA, F. O. O trabalho em saúde: desafios da educação permanente em saúde, In: SEMINÁRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR DE FRANCA, 8., 2012.