SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

GERÊNCIA DE UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA

FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA EM JOINVILLE

DIAGNÓSTICO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Joinville

Dezembro de 2009

SIGLAS

AT – Atenção Básica

ESF – Estratégia Saúde da Família

EACS - Estratégia Agente Comunitário de Saúde

MS – Ministério da Saúde

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

GUAB – Gerência da Unidade de Atenção Básica

GUPCAA – Gerência da Unidade de Planejamento Controle Avaliação e Auditoria

Agradecimentos

Agradecemos o empenho e dedicação das equipes da rede básica de saúde, especialmente aquelas que participaram da avaliação do diagnóstico, às coordenadoras das regionais, à Maria Cristina Bertasso Tobar, ao Dr. Guilherme Carvalho dos Reis Lima, que para contribuíram para a realização deste trabalho.

Nenhum de nós é tão bom quanto todos nós juntos!

Autor desconhecido

Painel Pesquisas, Consultoria e Publicidade Ltda.
Junho de 2008.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

O presente trabalho está inserido no projeto de cooperação técnica firmado entre a Secretaria Municipal da Saúde de Joinville (SMS) e o Ministério da Saúde (MS), visando à organização e articulação das redes regionalizadas de atenção à saúde, para o fortalecimento da atenção básica, porta de entrada do sistema único de saúde.

Partindo da concepção que a atenção básica é a ordenadora da rede de serviços e coordenadora do cuidado, buscou-se construir um plano de Fortalecimento da Atenção no município de Joinville.

Obedecendo a critérios e metodologias disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, foram levantados e analisados os princípios da atenção e seus respectivos itens, com o objetivo de identificar os problemas mais críticos enfrentados atualmente pelo município e estabelecer um plano de ação para solucioná-los.

Joinville, 25 de Junho de 2008.

2. METODOLOGIA

O projeto de Fortalecimento da Atenção Básica no município de Joinville teve iniciou em setembro de 2007 com a parceria do Ministério da Saúde. Os primeiros contatos foram realizados com profissionais lotados na sede da Secretaria Municipal de Saúde e em abril de 2008 começou a ser disseminado para as Unidades Básicas de Saúde.

No dia 14 de maio do mesmo ano foi realizada oficina preparatória para os facilitadores, com a participação de aproximadamente 150 pessoas. Nesta oficina foram definidos os responsáveis por cada grupo de trabalho, repassada a metodologia e critérios para o levantamento dos dados em cada unidade. Cada grupo foi constituído por representantes de todos os cargos existentes na unidade e teve como tarefa, avaliar os seis princípios da atenção com seus respectivos itens; identificar o problema mais crítico, e estabelecer um plano de ação para solucioná-lo.

O diagnóstico foi realizado em 68 unidades básicas de saúde, que foram tabuladas a partir do dia 02 de junho pela equipe responsável pela informação. Cada participante do grupo de informação ficou responsável pela tabulação de um princípio e análise das justificativas (qualitativa). Para facilitar o trabalho foram preparadas planilhas Excel com fórmulas para organizar e facilitar a análise dos dados quantitativos. A tabulação teve início dia 02 de junho e no dia quinze foram apresentados os primeiros resultados.

Os resultados foram disponibilizados em dois cadernos:

- Caderno com os resultados da análise quantitativa e qualitativa
- Caderno com os Anexos (dados brutos de cada unidade com planilhas detalhadas ou resumidas dos princípios e plano de ação).

3. PRINCÍPIOS DA ATENÇÃO BÁSICA

3.1. Conceito

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde.” (Política Nacional de Atenção Básica - BRASIL, 2006).

A Atenção Básica orienta-se:

- Pelos princípios do SUS: universalidade, eqüidade, integralidade e participação social.
- Por princípios próprios: acessibilidade, vínculo, continuidade e coordenação do cuidado, territorialização e adscrição de clientela, responsabilização e humanização.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Para Starfield (2002), “A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros”.

Funções Essenciais (Mendes, 2002):

- Resolução: visa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população;
- Organização: visa organizar os fluxos e contra - fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde;
- Responsabilização: visa responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer serviços de saúde em que estejam.

3.2. Princípios da Atenção Básica (Starfield, 2002)

1. Primeiro contato
2. Longitudinalidade
3. Integralidade
4. Coordenação
5. Abordagem familiar
6. Enfoque comunitário.

Princípio 1 - Primeiro Contato

- A AB deve ser a porta de entrada, ou seja, o ponto de entrada de fácil acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde.
- Acesso é o uso oportuno de serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde" (Millman, 1993).
- Donabedian (1973) - o acesso pode ser classificado em sócio-organizacional e geográfico.
- A acessibilidade pode ser analisada através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários.

Princípio 2 - Longitudinalidade

- Definida como "lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos nos grupos no decorrer de um período de anos" (Starfield, 2002).

- É uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários em suas unidades de saúde, independente do problema de saúde ou até mesmo da existência de algum problema

Princípio 3 - Integralidade

- A AB deve reconhecer as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las.
- A AB deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devem ser atendidas em outros pontos de atenção.
- É necessário haver organização das redes de atenção à saúde, para prestar atendimento às demais necessidades: a identificação de outros pontos de atenção necessários, o sistema de apoio – diagnóstico e terapêutico, o sistema logístico – transporte sanitário, central de agendamento de consultas e internamentos, prontuário eletrônico, etc.

Princípio 4 - Coordenação do Cuidado

- A AB deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e ser um agente para a atenção às necessidades que devem ser atendidas em outros pontos de atenção.
- Coordenar as ações de saúde, considerando a história anterior de atenção ao usuário (terapias ou ações já utilizadas) e as necessidades do presente, atuando com o compromisso de buscar a resolução dos problemas e prestar atenção continuada à pessoa/família, mesmo nos casos de encaminhamento a outros níveis de atenção, atuando de forma integrada com os profissionais dos serviços especializados;

  "O PACIENTE CHEGA À NOSSA PORTA INTEIRO, NÓS O FRAGMENTAMOS"

Princípio 5 - Abordagem Familiar

- A família é um grupo de pessoas que convivem sob o mesmo teto, que possuem entre elas uma relação de parentesco primordialmente pai e/ou mãe e filhos consangüíneos ou não, assim como as demais pessoas significativas que convivem na mesma residência, qualquer que seja ou não o grau de parentesco (IBGE, 1998).

- A família desempenha papel fundamental para a construção de hábitos saudáveis
- A família é provedora de cuidados
- O núcleo familiar funciona como tradutor de toda uma dinâmica social
- A estratégia da saúde da Família tem como foco a família

Princípio 6 - Enfoque Comunitário

- A AB com orientação comunitária utilizam habilidades clínicas, epidemiológicas, ciências sociais e pesquisas avaliativas, de forma complementar para ajustar os programas para que atendam as necessidades específicas de saúde de uma população definida.
- Diz respeito também ao envolvimento da comunidade na tomada de decisão em todos os níveis de atenção.
- Conhecer, planejar e atuar, considerando os diferentes contextos da comunidade.
- Os agentes comunitários de saúde reforçam a orientação comunitária e possibilitam maior vínculo entre as equipes de saúde e as respectivas comunidades.

Referências Bibliográficas:

1. DONABEDIAN A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1973.
2. MENDES EV. A atenção básica no SUS. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
3. MENDES EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
4. MILLMAN M. Access to health care in America. Washington, DC: National Academy Press, 1993.
5. STARFIELD B. Atenção básica: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

Texto extraído da apresentação da Dra. Selma Cristina Franco, na oficina de Fortalecimento da Atenção Básica para formação dos multiplicadores.

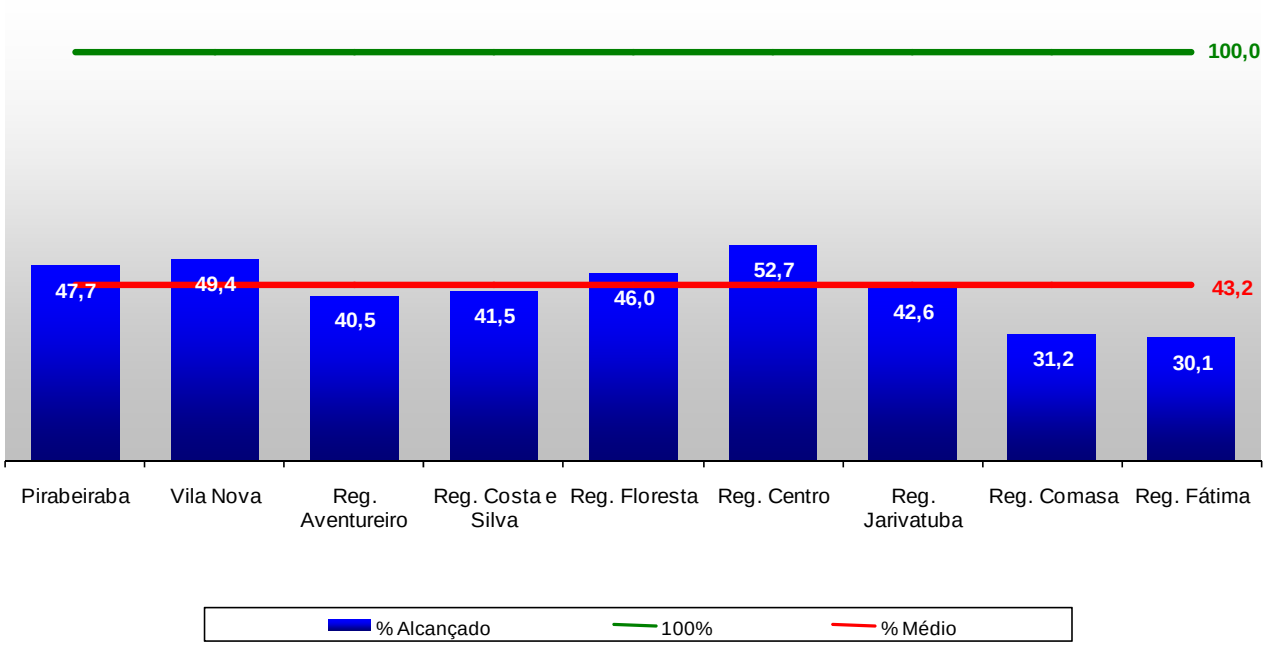
Em 14 de maio de 2008.

4. ANÁLISE QUANTITATIVA - PONTUAÇÃO ALCANÇADA

4.1. Percentual alcançado por regional de saúde – todos os princípios.

Comentário: Observamos neste gráfico as diferenças entre as médias gerais nas Regionais de Saúde em relação à média geral da Atenção básica.

GRÁFICO 1: DIAGNÓSTICO DA SAÚDE - PERCENTUAL ALCANÇADO POR REGIONAL (TODOS OS PRINCÍPIOS) - MAIO/2008



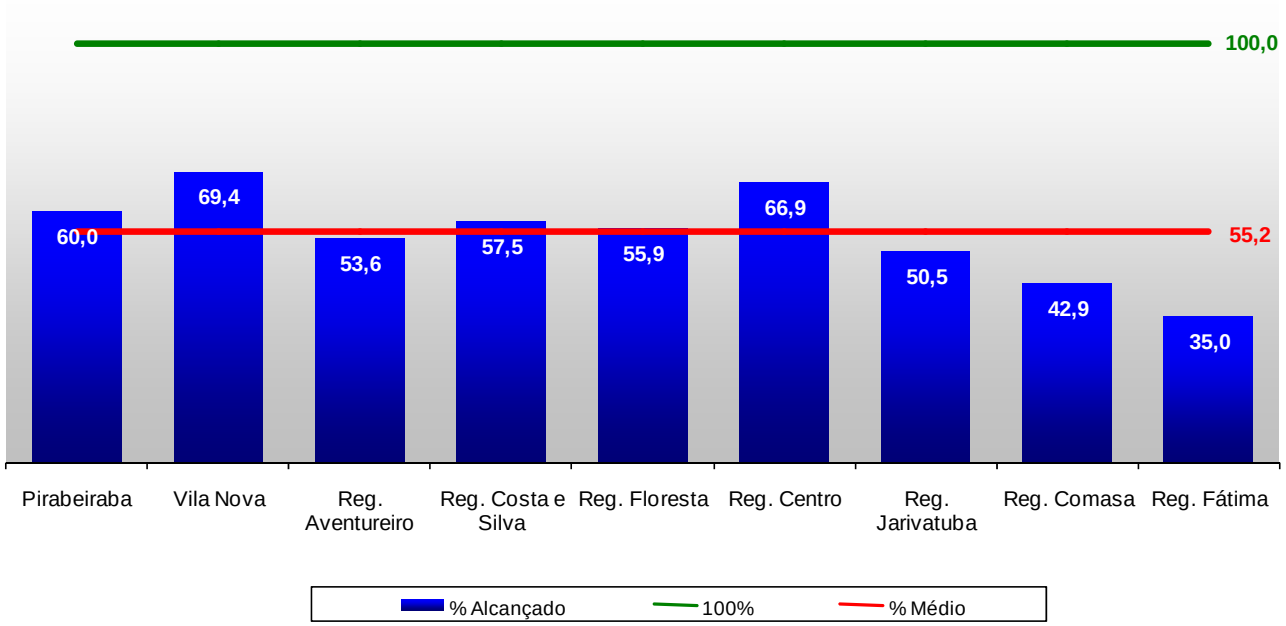
Painel Pesquisas, Consultoria e Publicidade Ltda.
Tratamento e Análise de dados: Painel Pesquisas
Fonte de Dados: Unidades de Saúde
Junho de 2008.

Fonte: Unidades de Saúde da Atenção Básica – SMS/Jlle –Junho de 2008.

4.2. Percentual alcançado por regional de saúde – Princípio 1: **Primeiro Contato**.

Comentário: No **Primeiro Contato** observamos sete regionais com média acima da média de 43,2% da Atenção Básica, apenas as regionais Comasa e Fátima pontuaram abaixo.

GRÁFICO 2: DIAGNÓSTICO DA SAÚDE - PERCENTUAL ALCANÇADO POR REGIONAL (PRIMEIRO CONTATO) - MAIO/2008



Tratamento e Análise de dados: Painel Pesquisas
Fonte de Dados: Unidades de Saúde

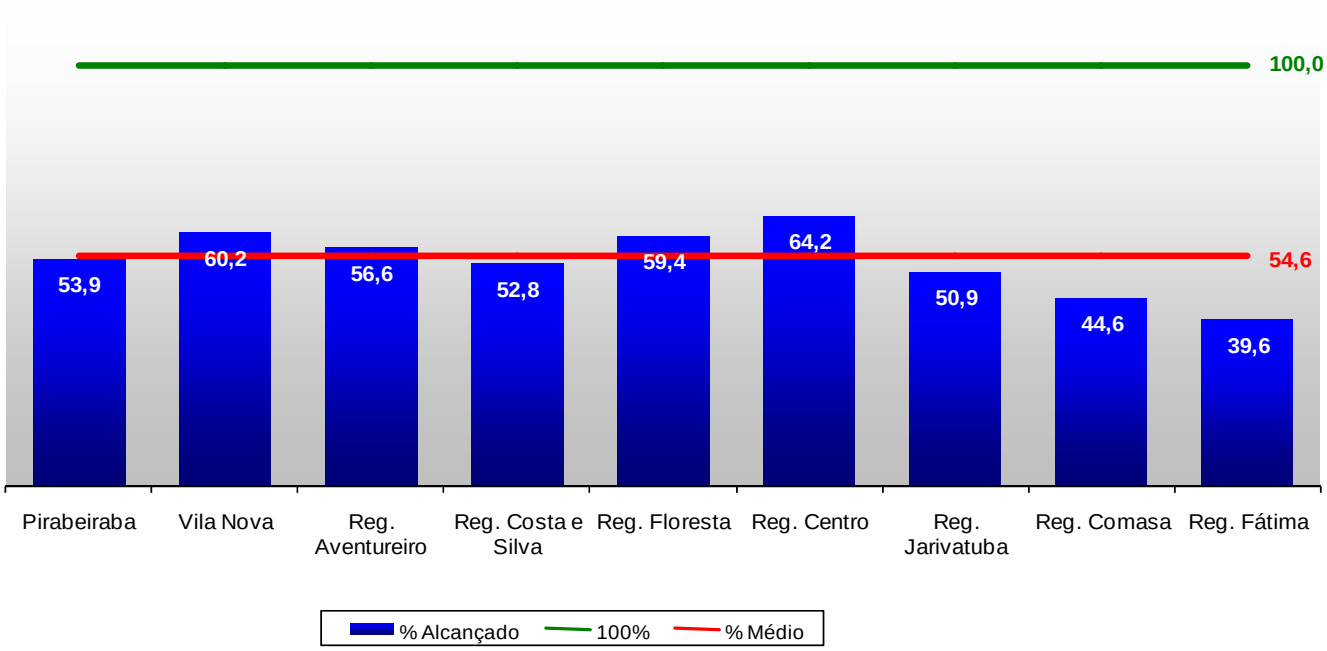
Painel Pesquisas, Consultoria e Publicidade Ltda.
Junho de 2008.

Fonte: Unidades de Saúde da Atenção Básica – SMS/Jlle –Junho de 2008.

4.3. Percentual alcançado por Regional de Saúde – Princípio 2: **Longitudinalidade** .

Comentário: No princípio da **Longitudinalidade**, oito regionais pontuaram acima dos 43,2% da Atenção Básica, apenas a Regional Fátima ficou com 9,2% abaixo.

GRÁFICO 3: DIAGNÓSTICO DA SAÚDE - PERCENTUAL ALCANÇADO POR REGIONAL (LONGITUDINALIDADE) - MAIO/2008



Tratamento e Análise de dados: Painel Pesquisas
Fonte de Dados: Unidades de Saúde

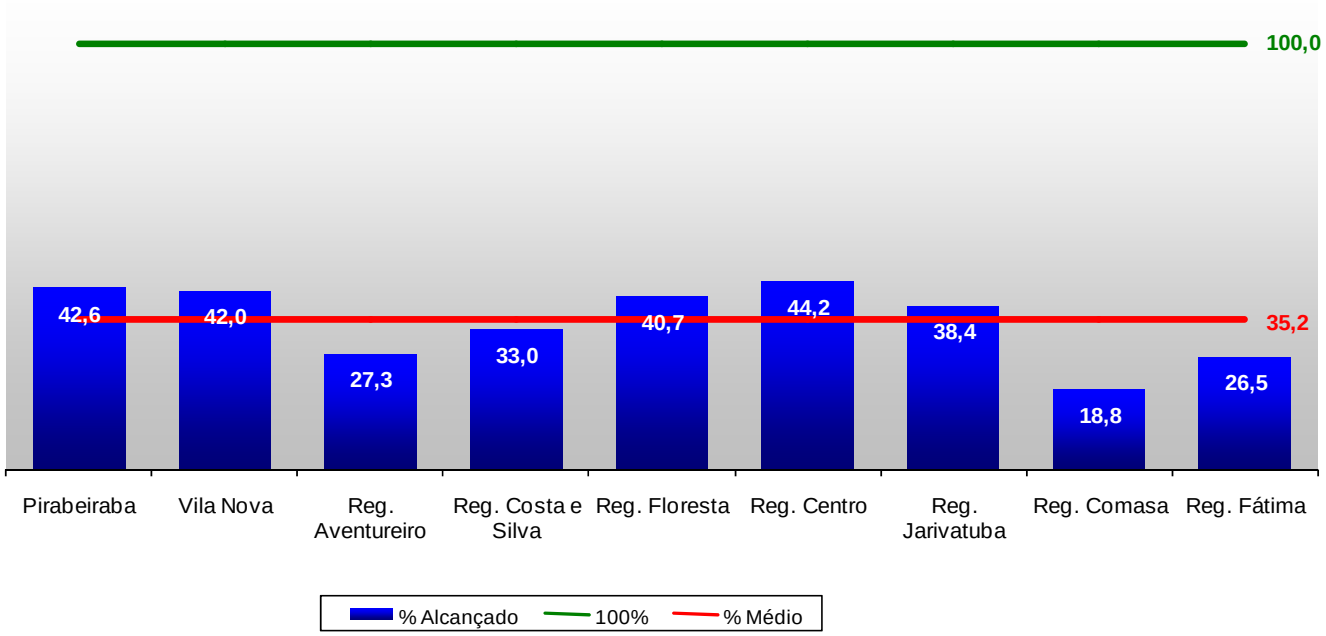
Painel Pesquisas, Consultoria e Publicidade Ltda.
Junho de 2008.

Fonte: Unidades de Saúde da Atenção Básica – SMS/Jlle –Junho de 2008.

4.4. Percentual alcançado por Regional de Saúde – Princípio 3: **Integralidade**

Comentário: No princípio da **Integralidade**, somente a Regional Centro ficou um pouco acima da média geral da Atenção Básica com uma variação de 2,3%, todas as demais regionais pontuaram abaixo dos 43,2%.

GRÁFICO 4: DIAGNÓSTICO DA SAÚDE - PERCENTUAL ALCANÇADO POR REGIONAL (INTEGRALIDADE) - MAIO/2008



Tratamento e Análise de dados: Painel Pesquisas
Fonte de Dados: Unidades de Saúde

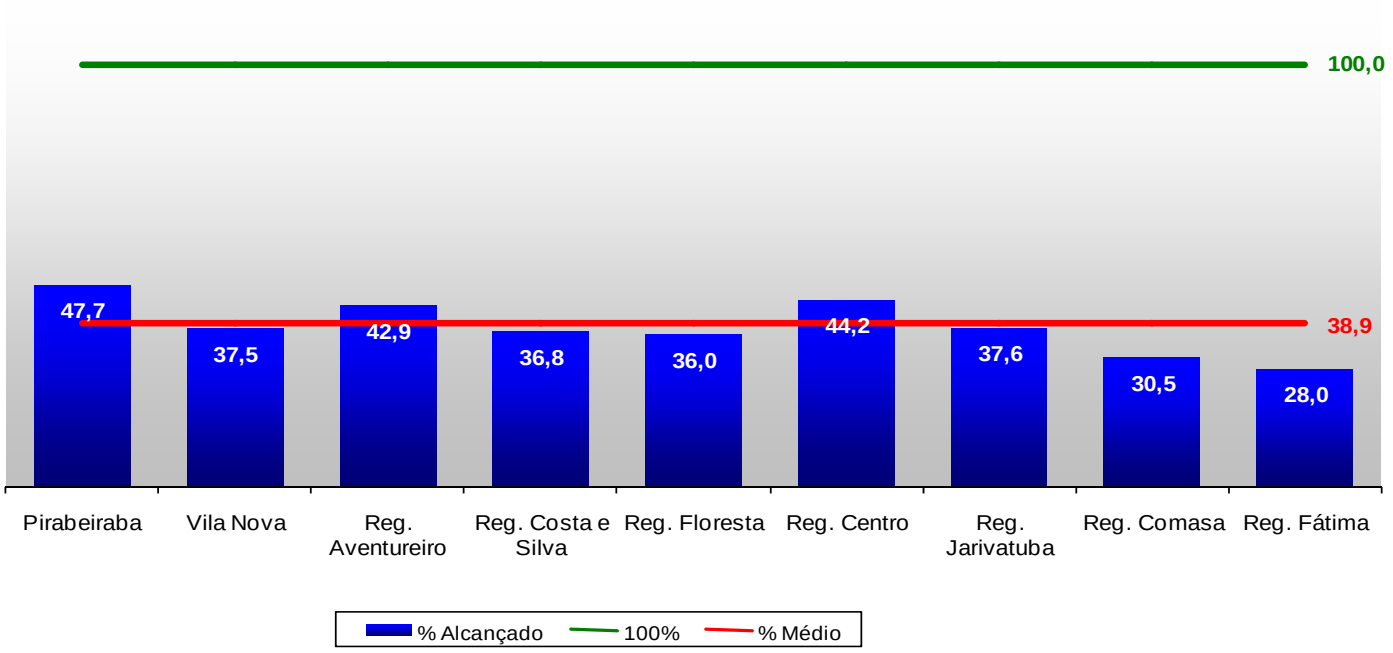
Painel Pesquisas, Consultoria e Publicidade Ltda.
Junho de 2008.

Fonte: Unidades de Saúde da Atenção Básica – SMS/Jlle –Junho de 2008.

4.5. Percentual alcançado por Regional de Saúde – Princípio 4: **Coordenação do Cuidado**.

Comentário: No princípio **Coordenação do Cuidado**, as regionais Pirabeiraba e Centro ficaram um pouco acima da média geral de 43,2%, todas as demais pontuaram abaixo com destaque para a regional Fátima que ficou 64,8% aquém da média geral.

GRÁFICO 5: DIAGNÓSTICO DA SAÚDE - PERCENTUAL ALCANÇADO POR REGIONAL (COORDENAÇÃO) - MAIO/2008



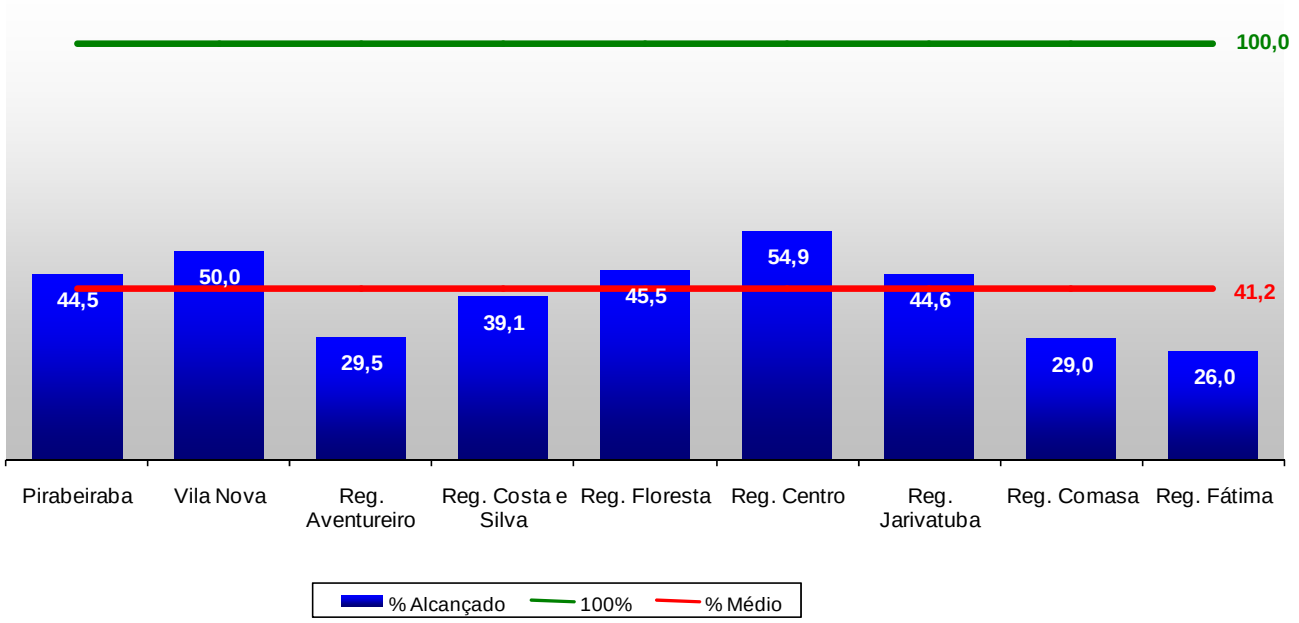
Painel Pesquisas, Consultoria e Publicidade Ltda.
Tratamento e Análise de dados: Painel Pesquisas
Fonte de Dados: Unidades de Saúde
Junho de 2008.

Fonte: Unidades de Saúde da Atenção Básica – SMS/Jlle –Junho de 2008.

4.6. Percentual alcançado por Regional de Saúde – Princípio 5: **Centralização Familiar** .

Comentário: No princípio **Centralização Familiar** cinco regionais ficaram acima do 43,2% da média geral e quatro abaixo, novamente se destacado a regional Fátima com a menor média neste princípio.

GRÁFICO 6: DIAGNÓSTICO DA SAÚDE - PERCENTUAL ALCANÇADO POR REGIONAL (CENTRALIZAÇÃO FAMILIAR) - MAIO/2008



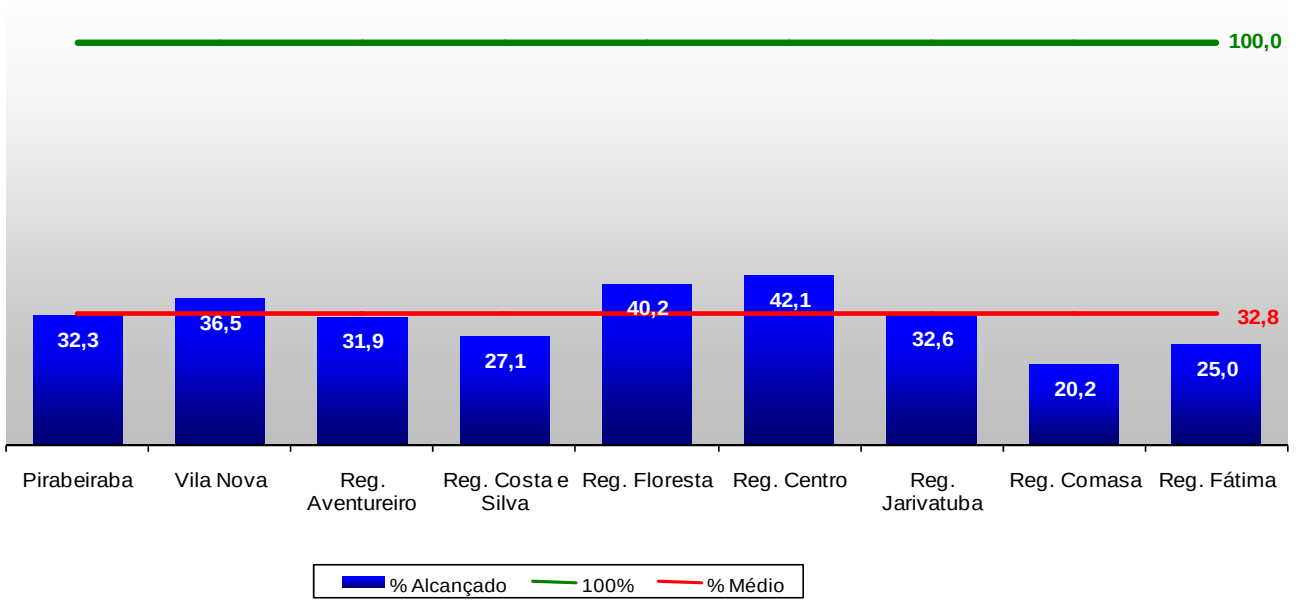
Tratamento Estatístico: Painel Pesquisas, Consultoria
Fonte de Dados: Unidades de Saúde

Fonte: Unidades de Saúde da Atenção Básica – SMS/Jlle –Junho de 2008.

4.7. Percentual alcançado por Regional de Saúde – Princípio 6: **Orientação Comunitária**.

Comentário: O princípio **Orientação Comunitária** teve a menor média geral entre todos os princípios e nenhuma regional atingiu média superior a 43,2% da média geral da atenção básica.

GRÁFICO 7: DIAGNÓSTICO DA SAÚDE - PERCENTUAL ALCANÇADO POR REGIONAL (ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA) - MAIO/2008



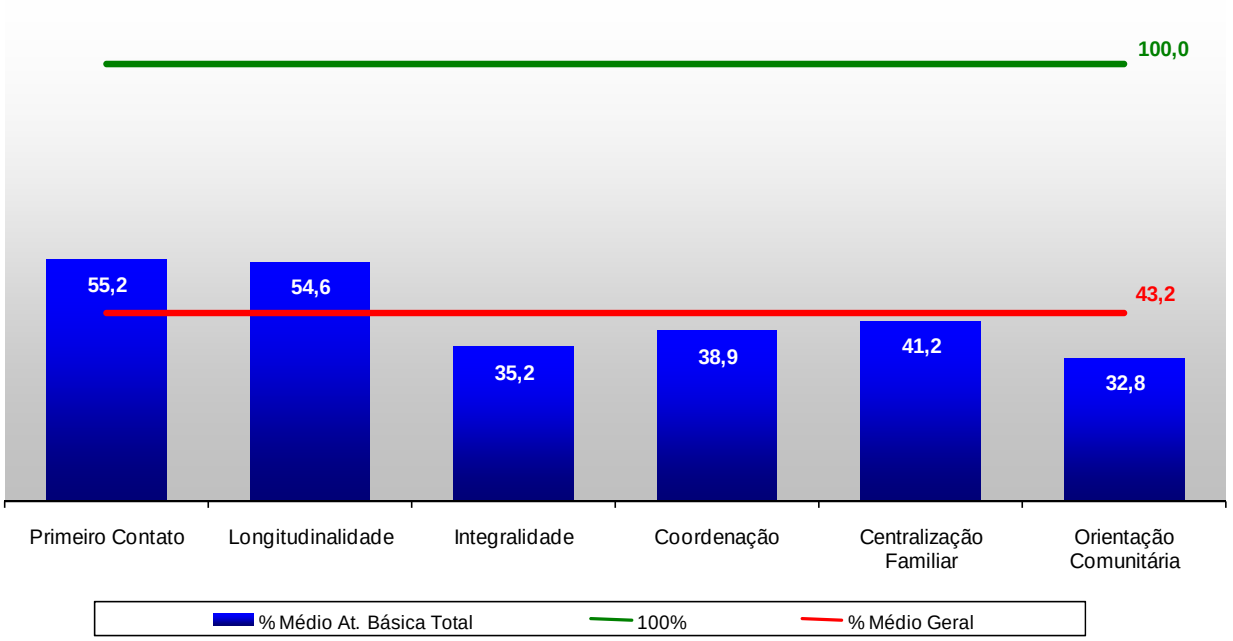
Tratamento e Análise de dados: Painel Pesquisas
Fonte de Dados: Unidades de Saúde

Fonte: Unidades de Saúde da Atenção Básica – SMS/Jlle –Junho de 2008.

4.8. Percentual alcançado por Princípio – Todas as Regionais

Comentário: De todos os princípios, a **Orientação Comunitária** teve a menor pontuação: 24,1%, menor que a média geral da Atenção Básica, e, 59,4% menor que o **Primeiro Contato**.

GRÁFICO 16: DIAGNÓSTICO DA SAÚDE - PERCENTUAL ALCANÇADO (POR PRINCÍPIO) - MAIO/2008

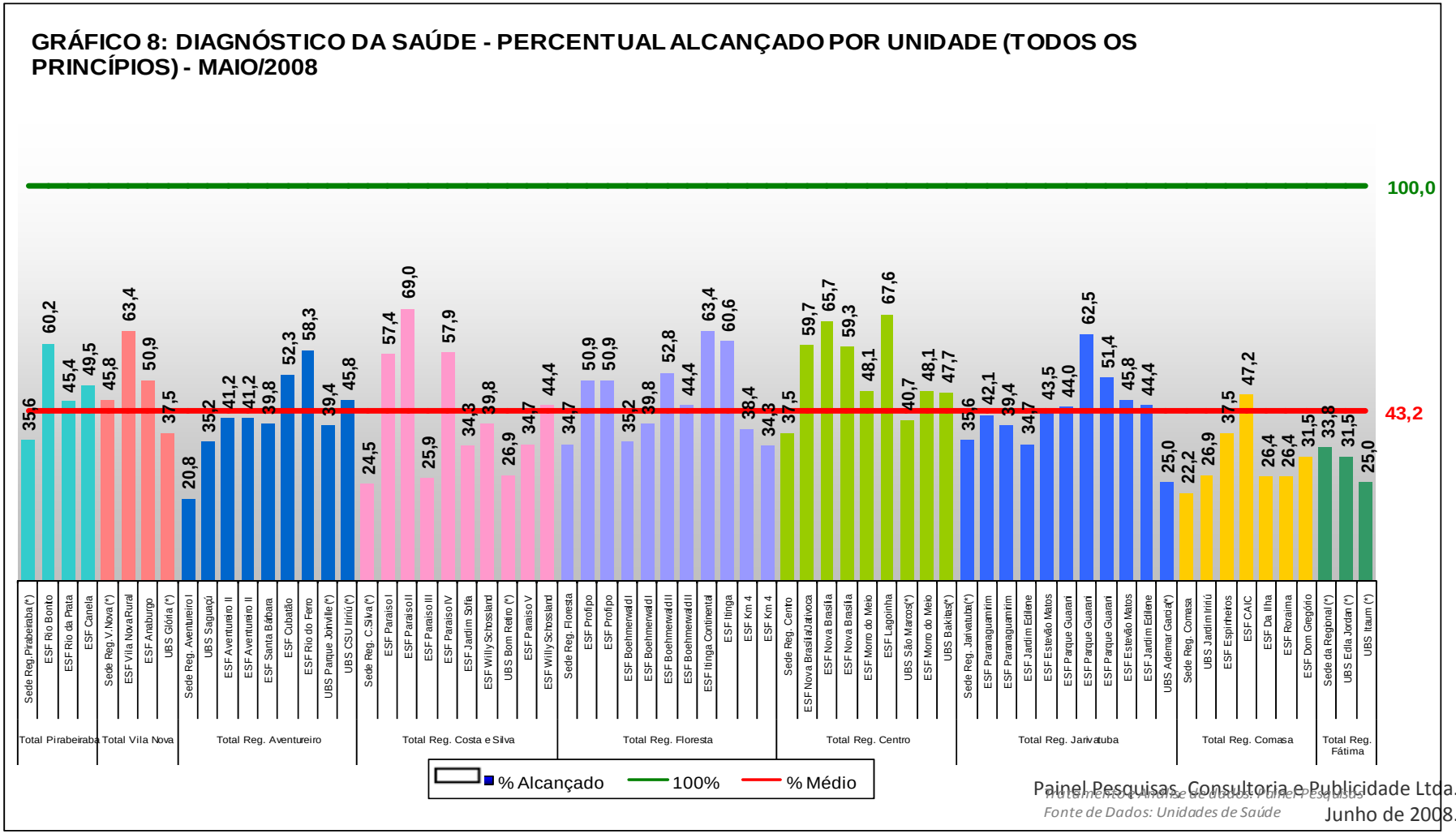


Painel Pesquisas, Consultoria e Publicidade Ltda.
Tratamento e Análise de dados: Painel Pesquisas
Fonte de Dados: Unidades de Saúde
Junho de 2008.

Fonte: Unidades de Saúde da Atenção Básica – SMS/Jlle –Junho de 2008.

4.9. Percentual alcançado por Unidade de Saúde - Todos os princípios

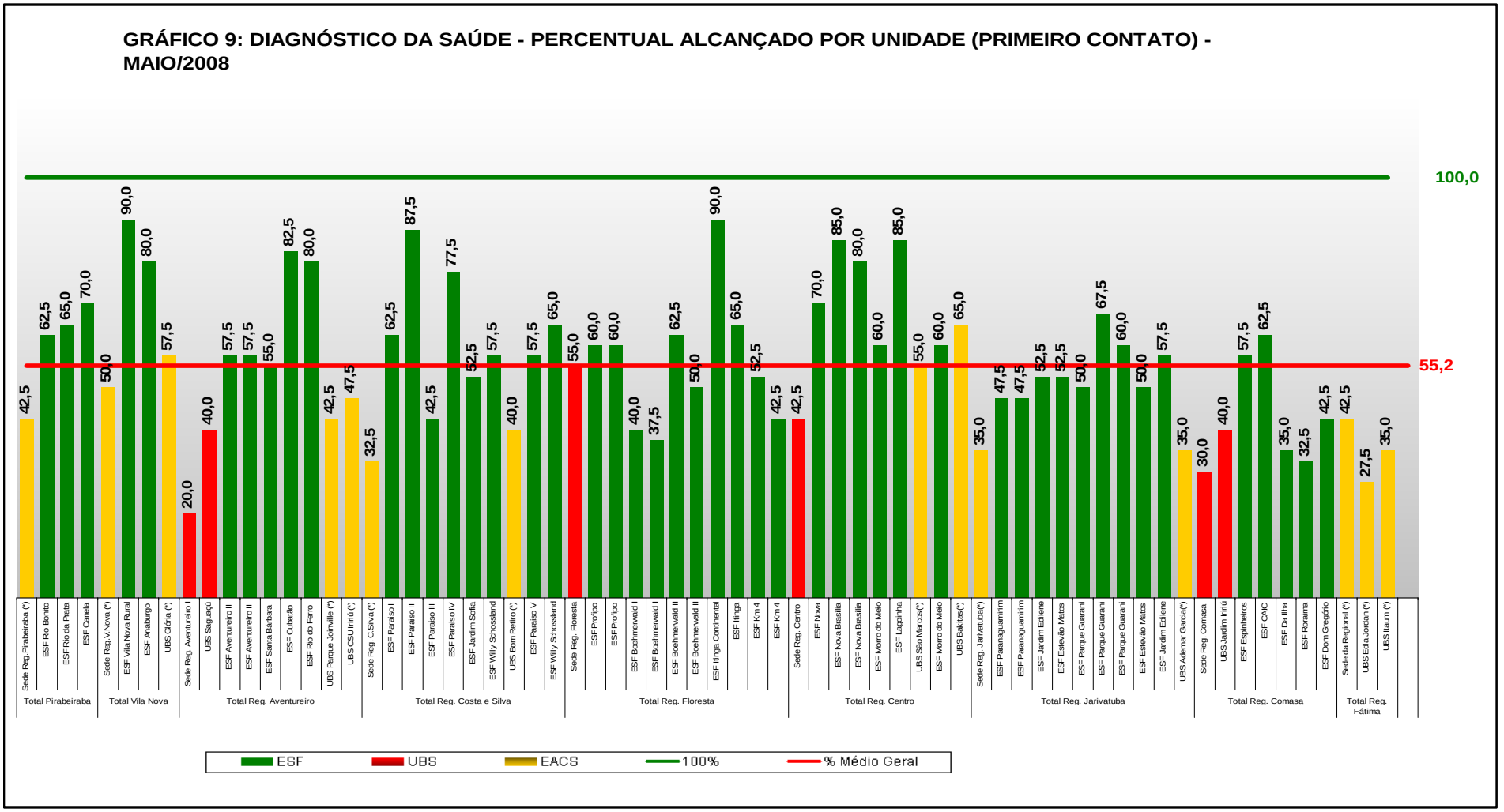
Comentário: Neste gráfico, representado em cores diferentes por regional, a variação entre o menor e o maior percentual alcançado é 69,8%.



Fonte: Unidades de Saúde da Atenção Básica – SMS/Jlle –Junho de 2008.

4.10. Percentual alcançado por Unidade de Saúde – Principio 1: Primeiro Contato

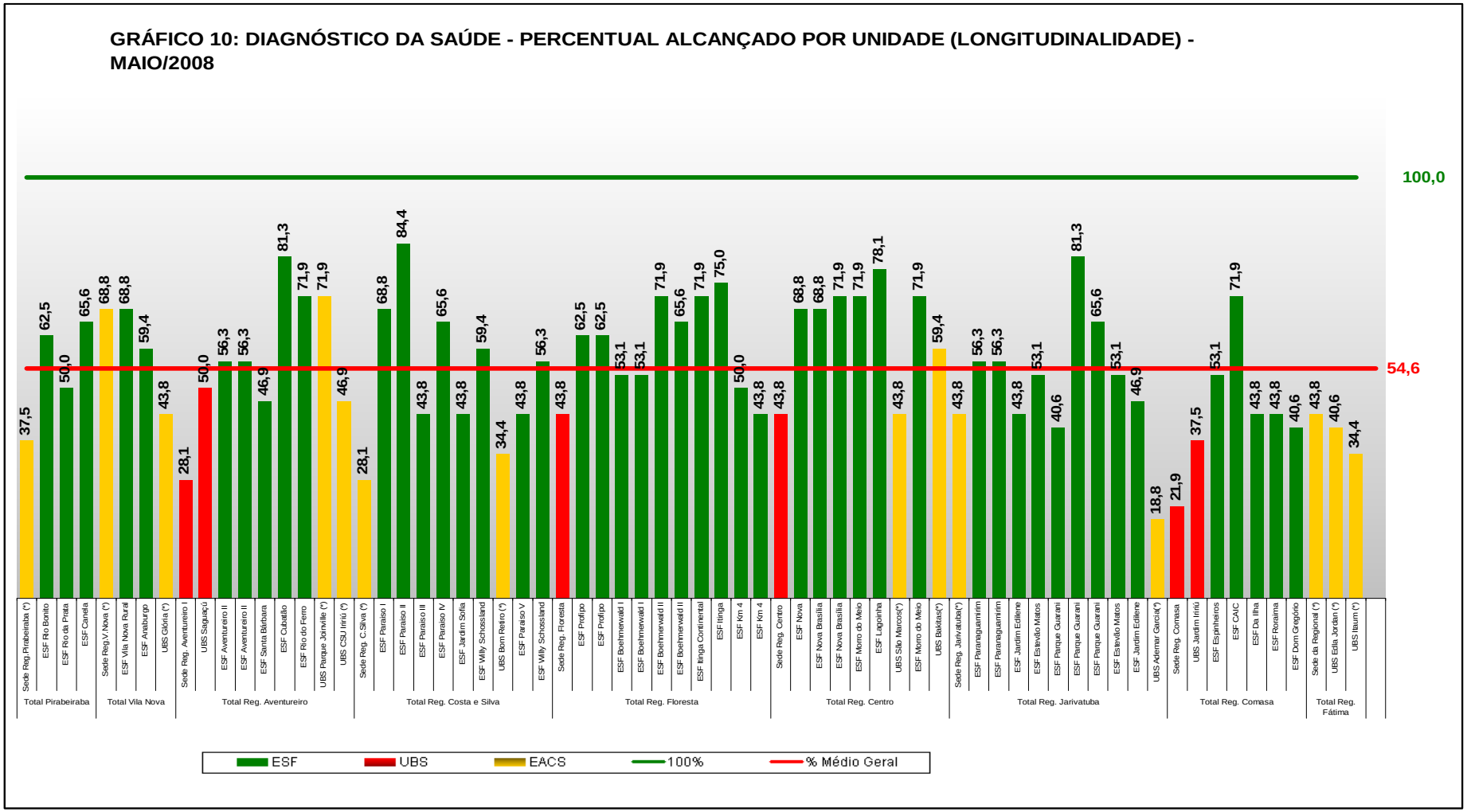
Comentário: No **Primeiro Contato** as unidades com maior pontuação são aquelas com as ESF, onde as maiores médias alcançadas foram das unidades ESF Vila Nova Rural e Itinga Continental com 90,0% e a menor média a da Sede da Regional Aventureiro (UBS) com 20,0%, uma variação de 222%.



Fonte: Unidades de Saúde da Atenção Básica – SMS/Jlle –Junho de 2008.

4.11. Percentual alcançado por Unidade de Saúde – Principio 2: Longitudinalidade

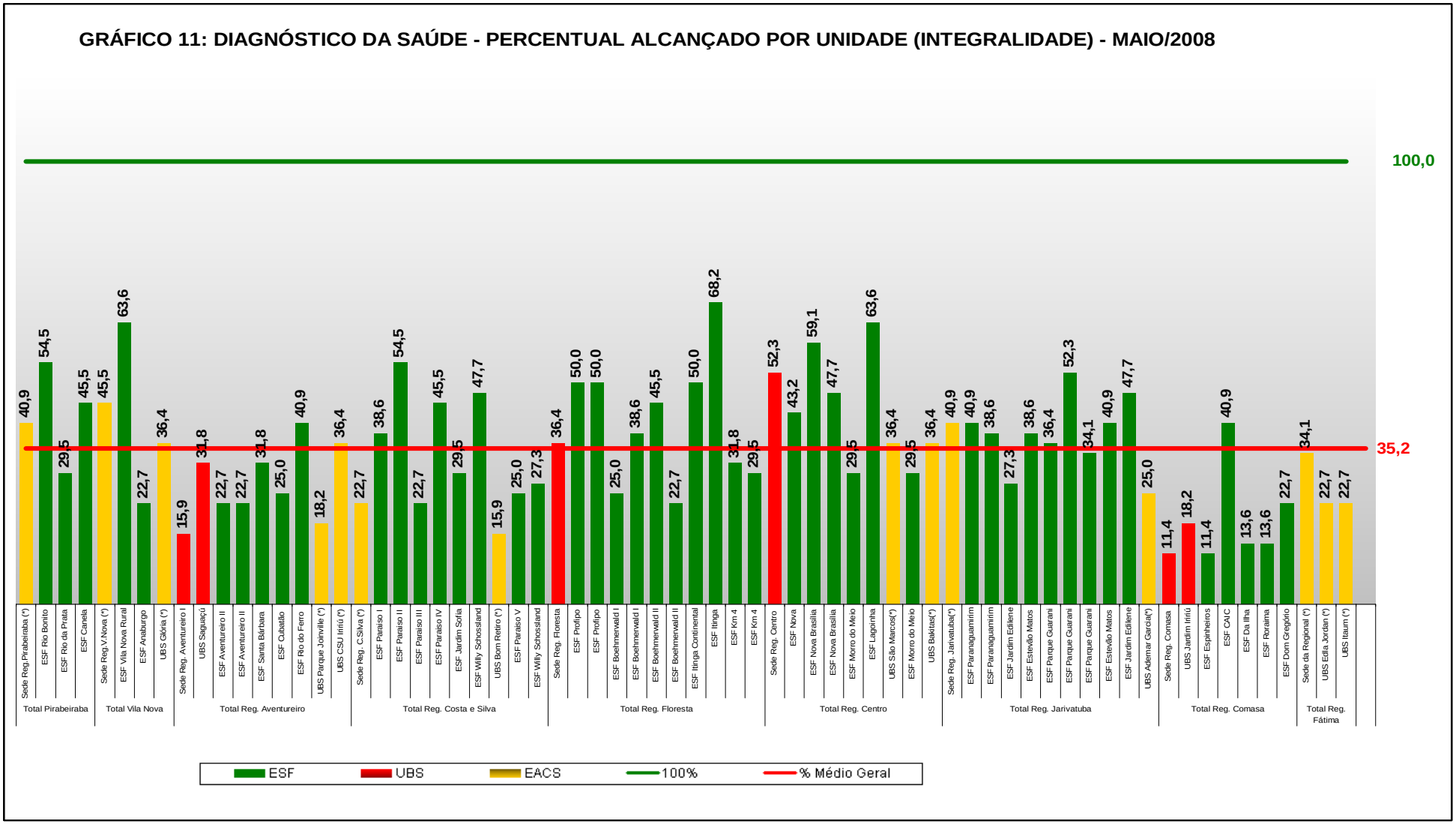
Comentário: No princípio **Longitudinalidade** a menor média alcançada ficou com a EACS Ademar Garcia e a maior média com o ESF Paraíso I.



Fonte: Unidades de Saúde da Atenção Básica – SMS/Jlle –Junho de 2008.

4.13. Percentual alcançado por Unidade de Saúde – Principio 3: Integralidade

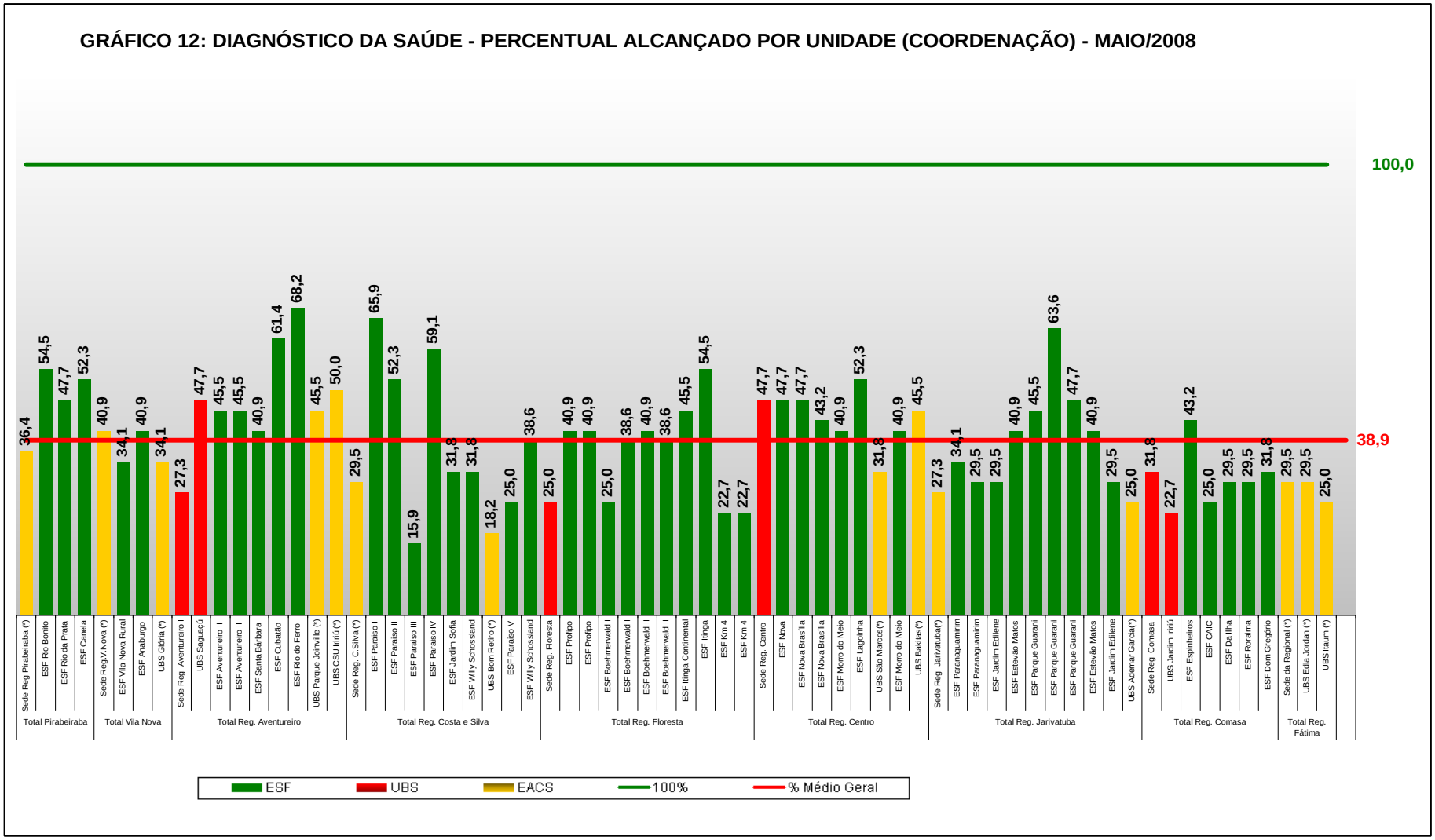
Comentário: Neste princípio a menor média alcançada foi na sede da regional comasa e a maior no ESF Itinga Continental.



Fonte: Unidades de Saúde da Atenção Básica – SMS/Jlle –Junho de 2008.

4.14. Percentual alcançado por Unidade de Saúde – Principio 5: Coordenação do Cuidado

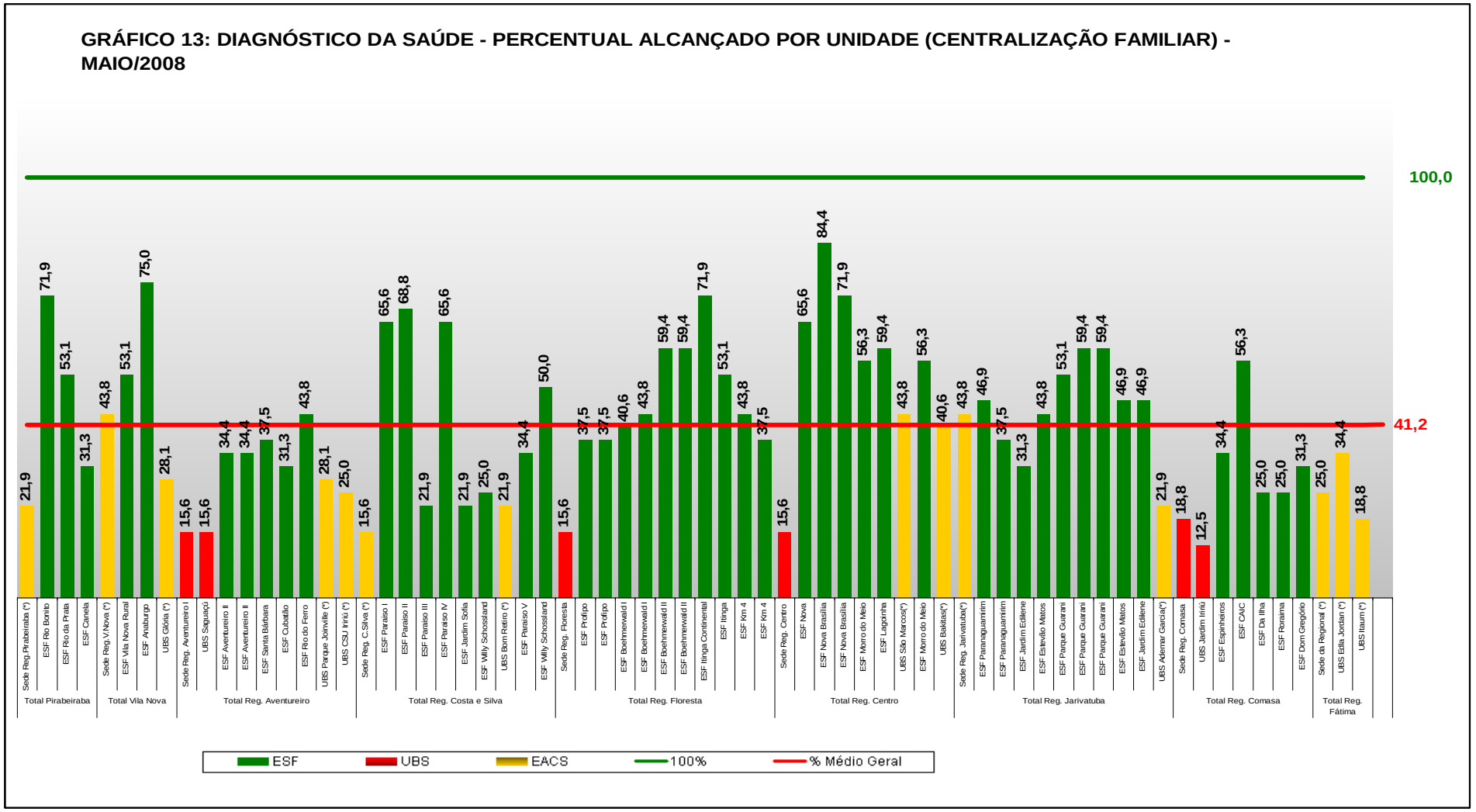
Comentário: No princípio **Coordenação do Cuidado** a menor média alcançada ficou com a EACS Ademar Garcia e a maior média com o ESF Paraíso I.



Fonte: Unidades de Saúde da Atenção Básica – SMS/Jlle –Junho de 2008.

4.15. Percentual alcançado por Unidade de Saúde – Principio 5: Centralização Familiar

Comentário: As UBS alcançaram as menores médias neste princípio.

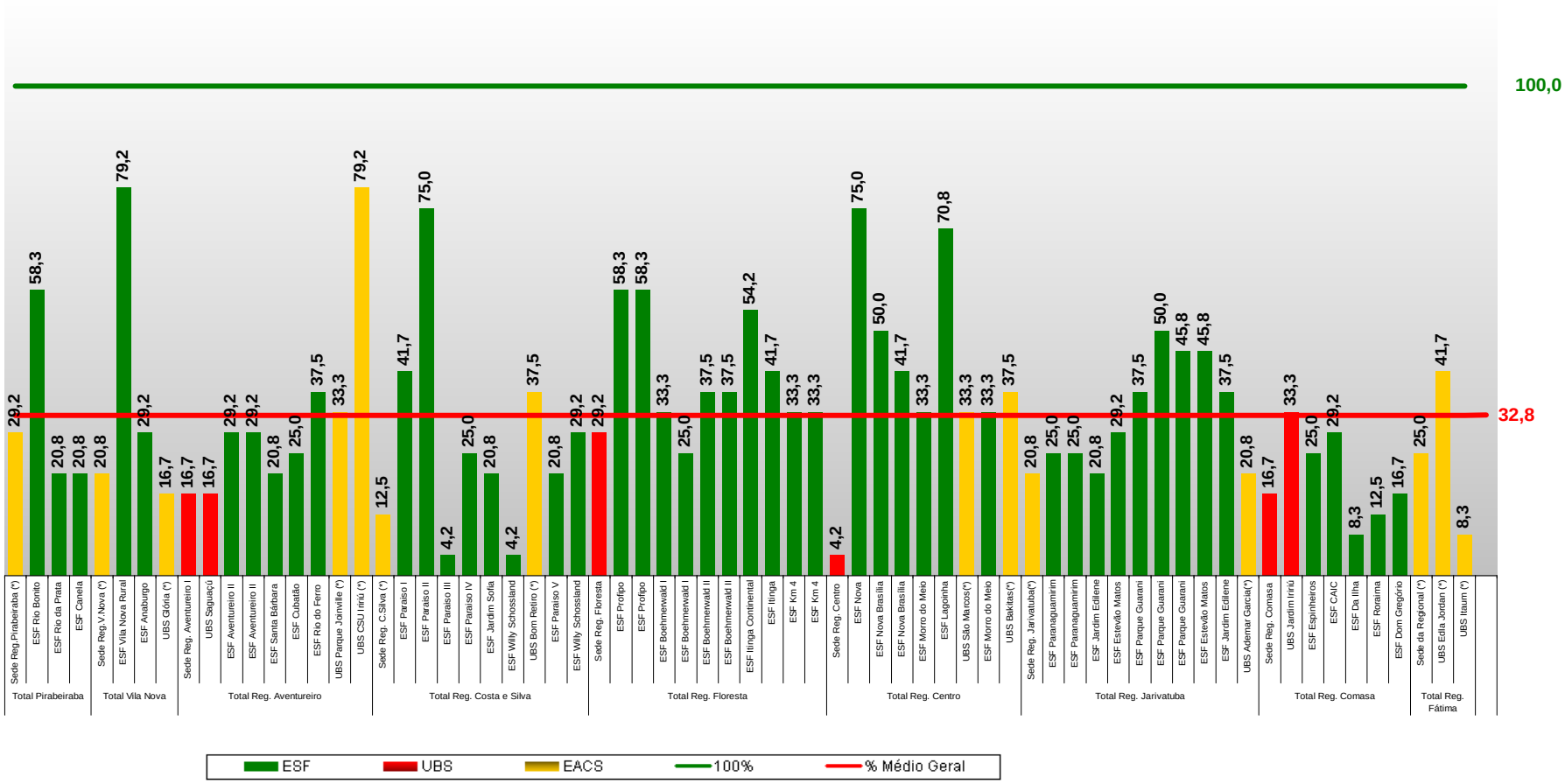


Fonte: Unidades de Saúde da Atenção Básica – SMS/Jlle –Junho de 2008.

4.15. Percentual alcançado por Unidade de Saúde – Principio 6: Orientação Comunitária

Comentário: De todos os princípios a **Orientação Comunitária** alcançou a menor pontuação.

GRÁFICO 14: DIAGNÓSTICO DA SAÚDE - PERCENTUAL ALCANÇADO POR UNIDADE (ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA) - MAIO/2008

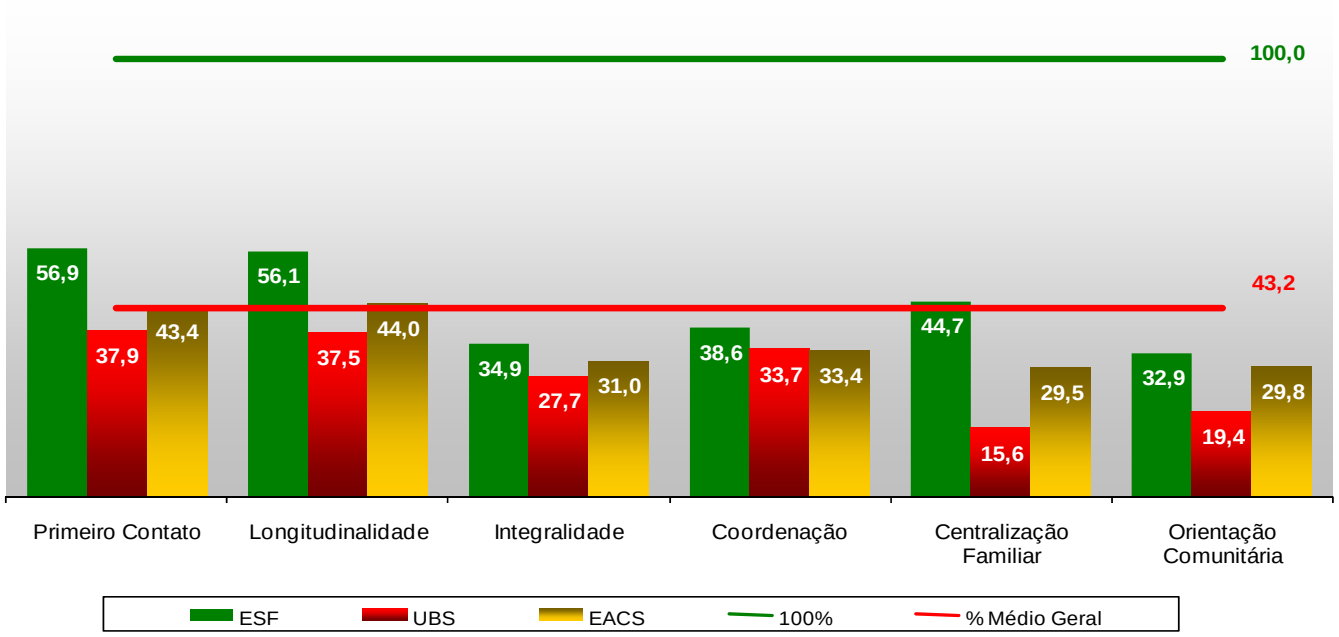


Fonte: Unidades de Saúde da Atenção Básica – SMS/Jlle –Junho de 2008.

4.16. Percentual alcançado por Modelo de Atenção – Todos princípios

Comentário: Neste gráfico percebe-se que o modelo de atenção com a Estratégia Saúde da Família (ESF), alcançou as melhores médias em todos os princípios, seguida pelo modelo com as Estratégias Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e por ultimo as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

GRÁFICO 15: DIAGNÓSTICO DA SAÚDE - PERCENTUAL ALCANÇADO POR PRINCÍPIO SEGUNDO OS MODELOS DE ATENÇÃO - MAIO/2008

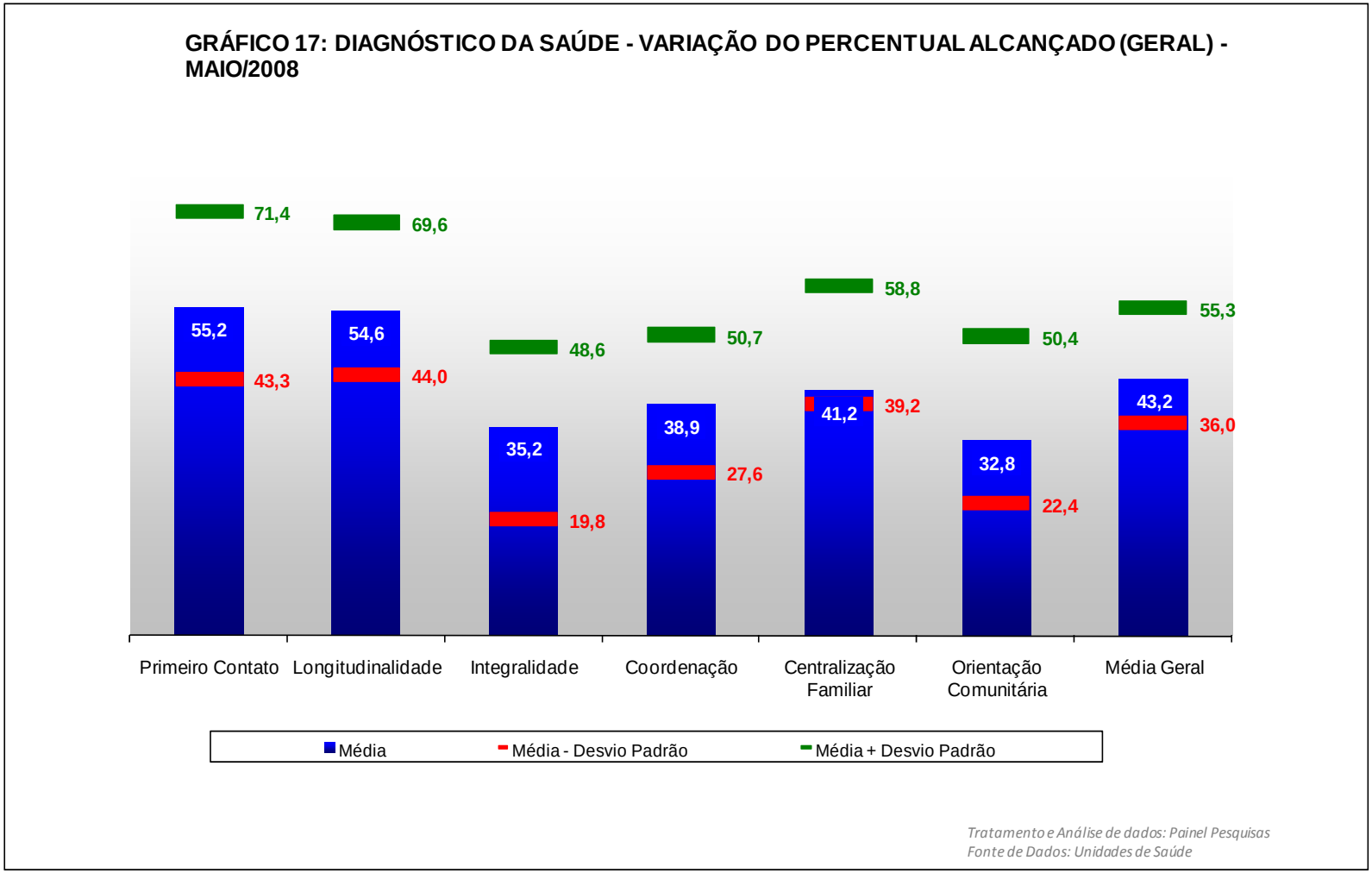


Tratamento e Análise de dados: Painel PesquisassFonte de Dados: Unidades de Saúde

Fonte: Unidades de Saúde da Atenção Básica – SMS/Jlle –Junho de 2008.

4.17. Dispersão por Princípio - Todas as Regionais

Comentário: Este gráfico representa as variações em cada princípio em torno da média, o que significa consenso ou não de opiniões.

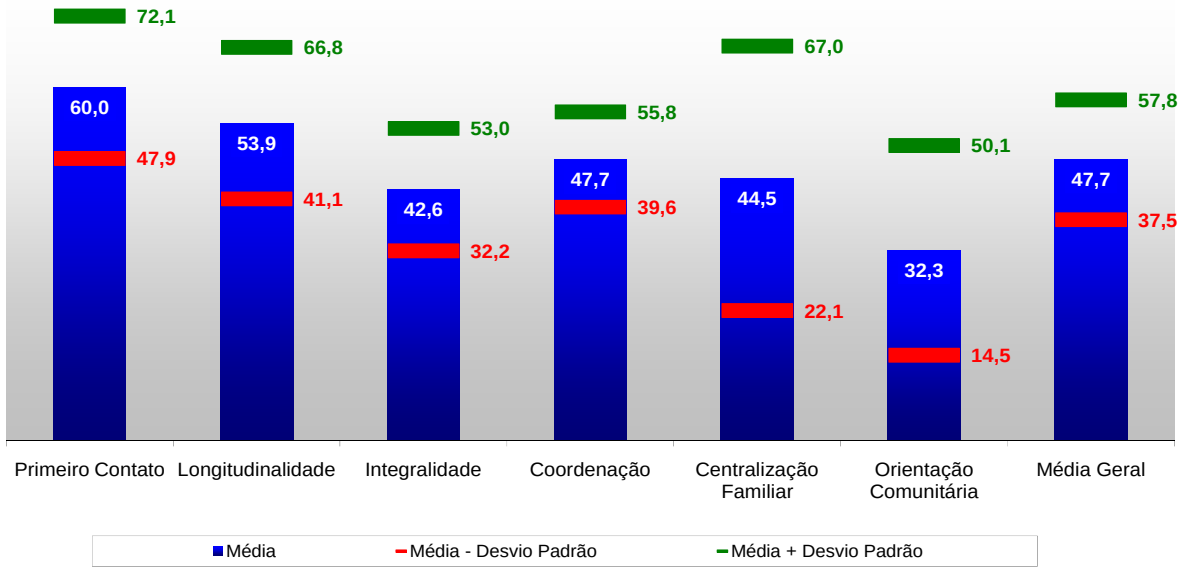


Fonte: Unidades de Saúde da Atenção Básica – SMS/Jlle –Junho de 2008.

4.18. Dispersão por Princípio – Regional Pirabeiraba

Comentário: Nesta regional as opiniões sobre o princípio da **Coordenação do Cuidado** são as que apresentam menor variação, significando que a opinião de todas as unidades sobre este princípio são homogenias.

GRÁFICO 18: DIAGNÓSTICO DA SAÚDE - VARIAÇÃO DO PERCENTUAL ALCANÇADO (PIRABEIRABA) - MAIO/2008

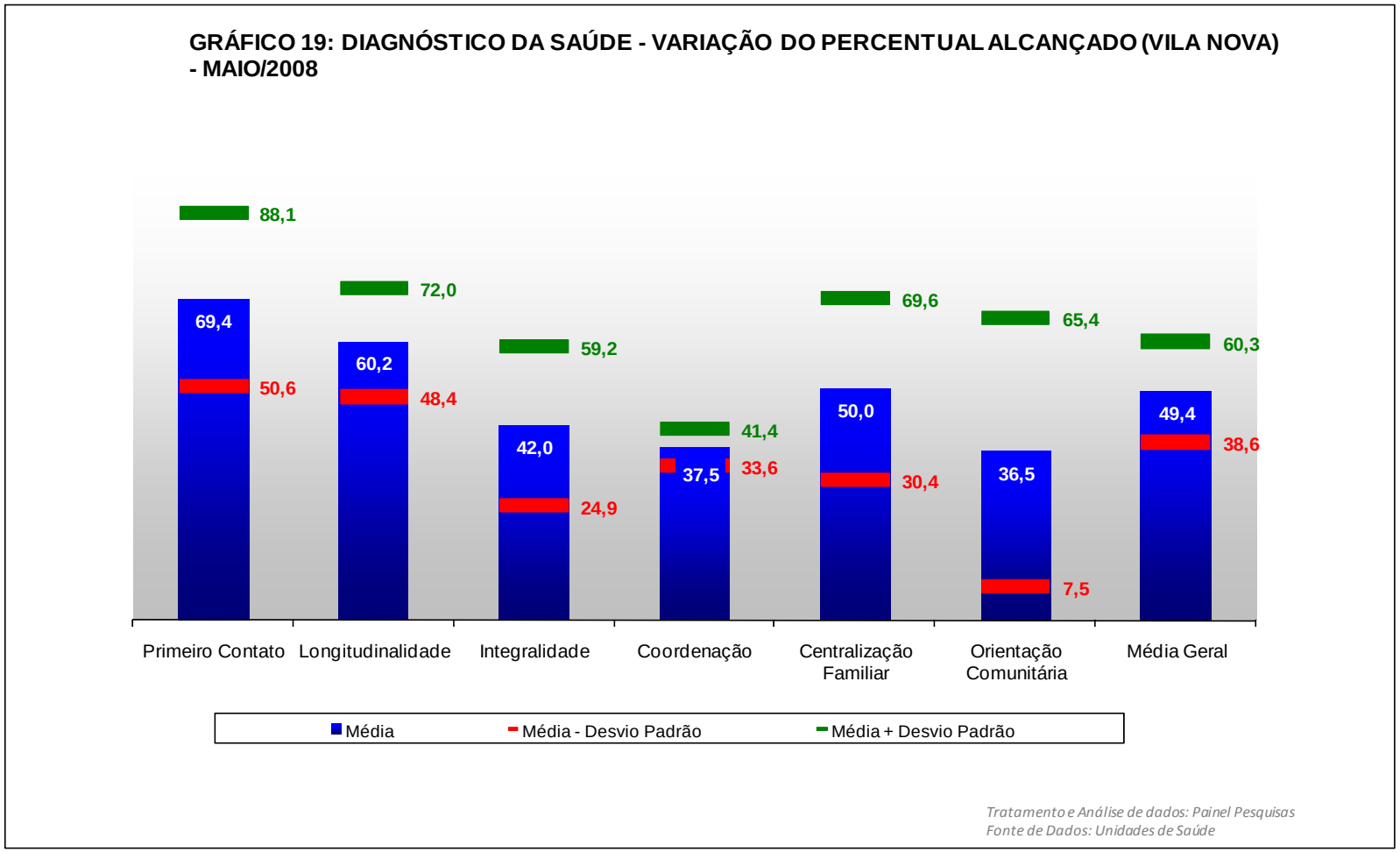


Tratamento e Análise de dados: Painel Pesquisas
Fonte de Dados: Unidades de Saúde

Fonte: Unidades de Saúde da Atenção Básica – SMS/Jlle –Junho de 2008.

4.19. Dispersão por Princípio – Regional Vila Nova

Comentário: Na regional Vila Nova também a menor dispersão é no princípio da **Coordenação do Cuidado**, mostrando a quase homogeneidade de opiniões das equipes neste princípio.

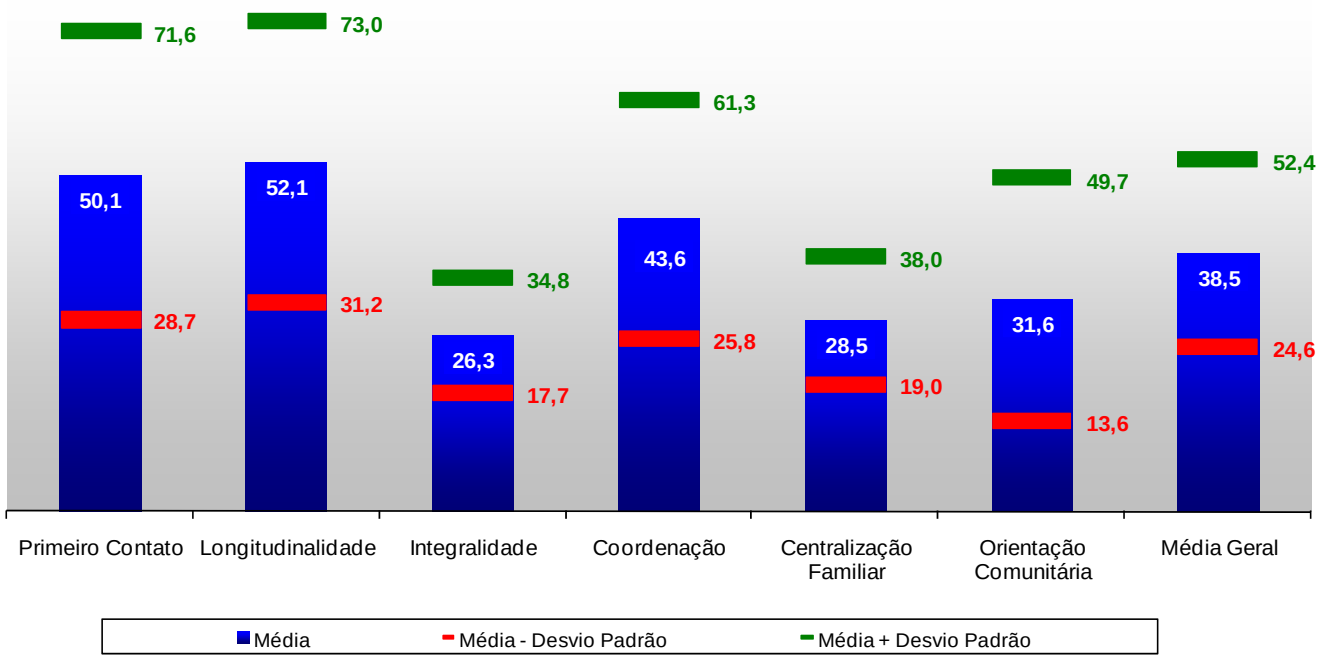


Fonte: Unidades de Saúde da Atenção Básica – SMS/Jlle –Junho de 2008.

4.20. Dispersão por Princípio – Regional Aventureiro

Comentário: Na regional Aventureiro os princípios da **Integralidade** e da **Centralização Familiar** tiveram a menor dispersão entre as médias.

GRÁFICO 20: DIAGNÓSTICO DA SAÚDE - VARIAÇÃO DO PERCENTUAL ALCANÇADO (REGIONAL AVENTUREIRO) - MAIO/2008



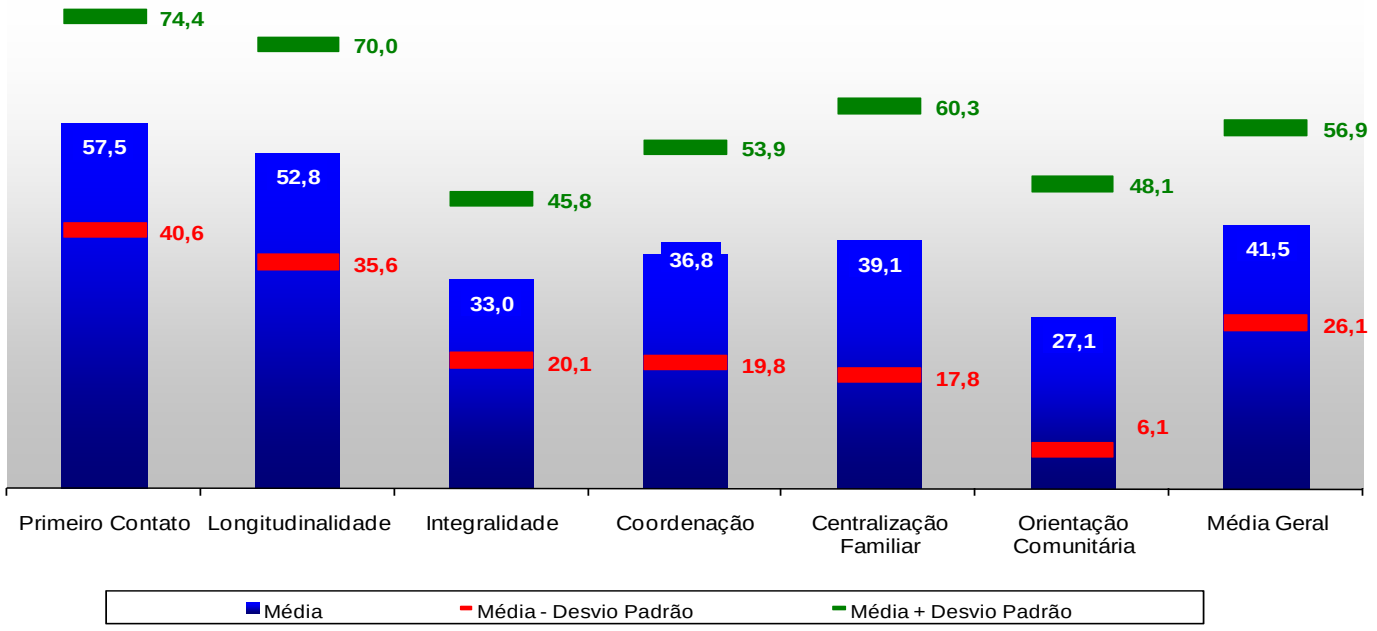
Tratamento e Análise de dados: Painel Pesquisas
Fonte de Dados: Unidades de Saúde

Fonte: Unidades de Saúde da Atenção Básica – SMS/Jlle –Junho de 2008.

4.21. Dispersão por princípio – Regional Costa e Silva

Comentário: Na regional Costa e Silva, observa-se uma dispersão significativa em relação à média em todos os princípios.

GRÁFICO 21: DIAGNÓSTICO DA SAÚDE - VARIAÇÃO DO PERCENTUAL ALCANÇADO (REGIONAL COSTA E SILVA) - MAIO/2008



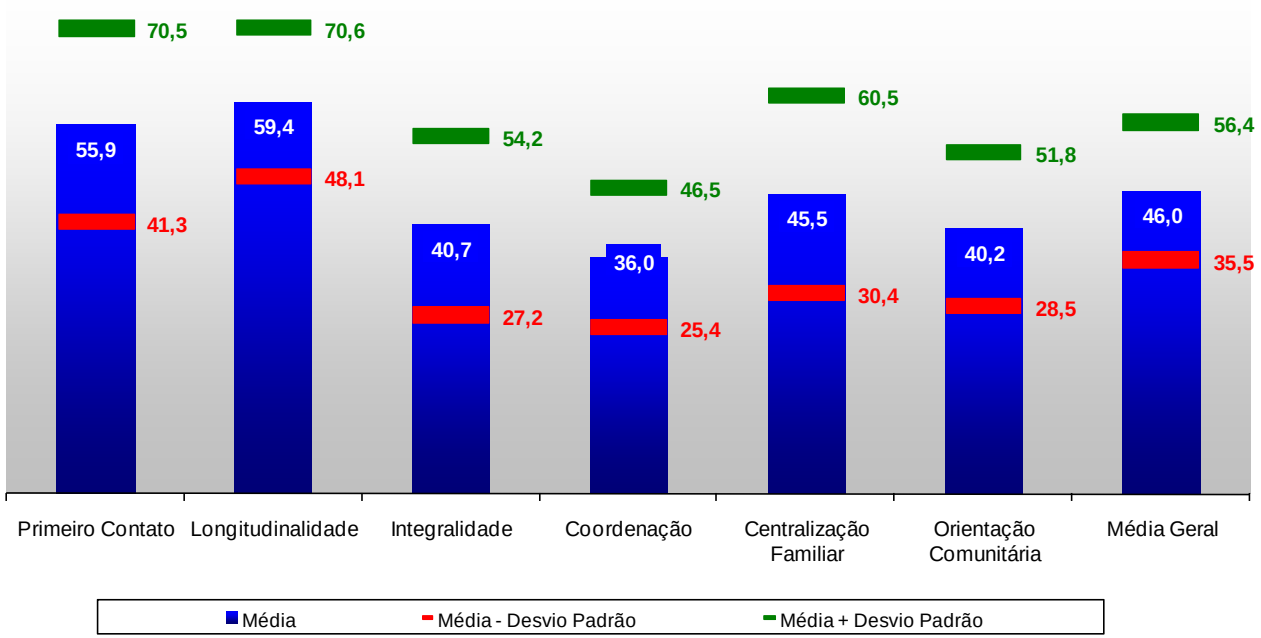
Tratamento e Análise de dados: Painel Pesquisas
Fonte de Dados: Unidades de Saúde

Fonte: Unidades de Saúde da Atenção Básica – SMS/Jlle –Junho de 2008.

4.22. Dispersão por princípio – Regional Floresta

Comentário: A Regional Floresta apresenta grande homogeneidade entre todos os princípios, indicando que os problemas são comuns para todas as equipes.

GRÁFICO 22: DIAGNÓSTICO DA SAÚDE - VARIAÇÃO DO PERCENTUAL ALCANÇADO (REGIONAL FLORESTA) - MAIO/2008

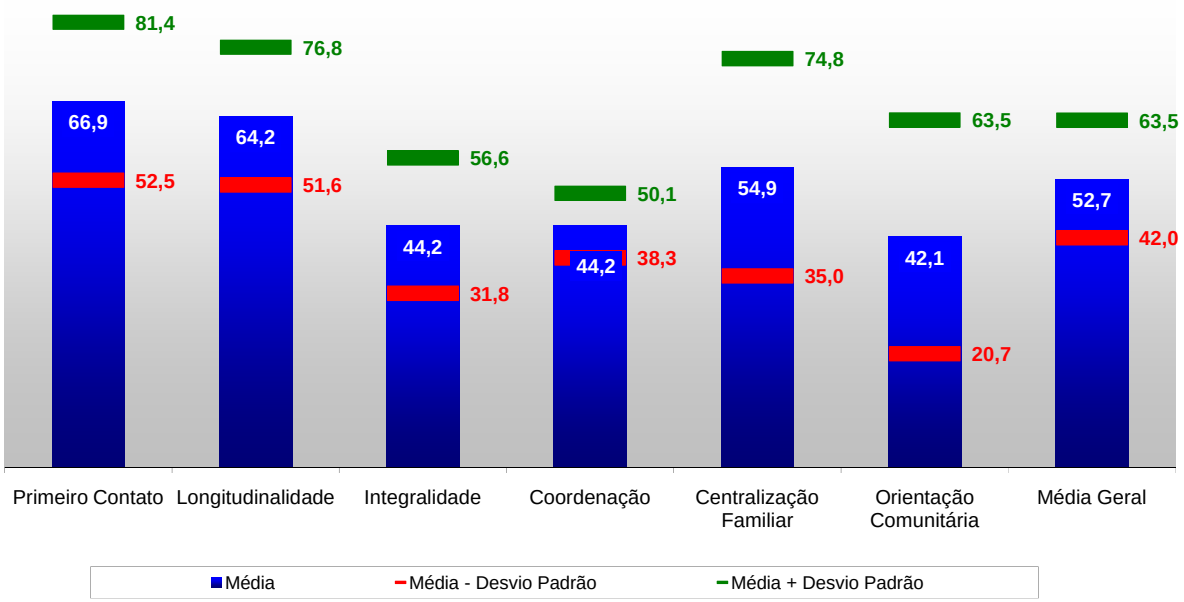


Fonte: Unidades de Saúde da Atenção Básica – SMS/Jlle –Junho de 2008.

4.23. Dispersão por princípio – Regional Centro

Comentário: O princípio **Coordenação do Cuidado** tem a menor dispersão nesta regional.

GRÁFICO 23: DIAGNÓSTICO DA SAÚDE - VARIAÇÃO DO PERCENTUAL ALCANÇADO (REGIONAL CENTRO) - MAIO/2008



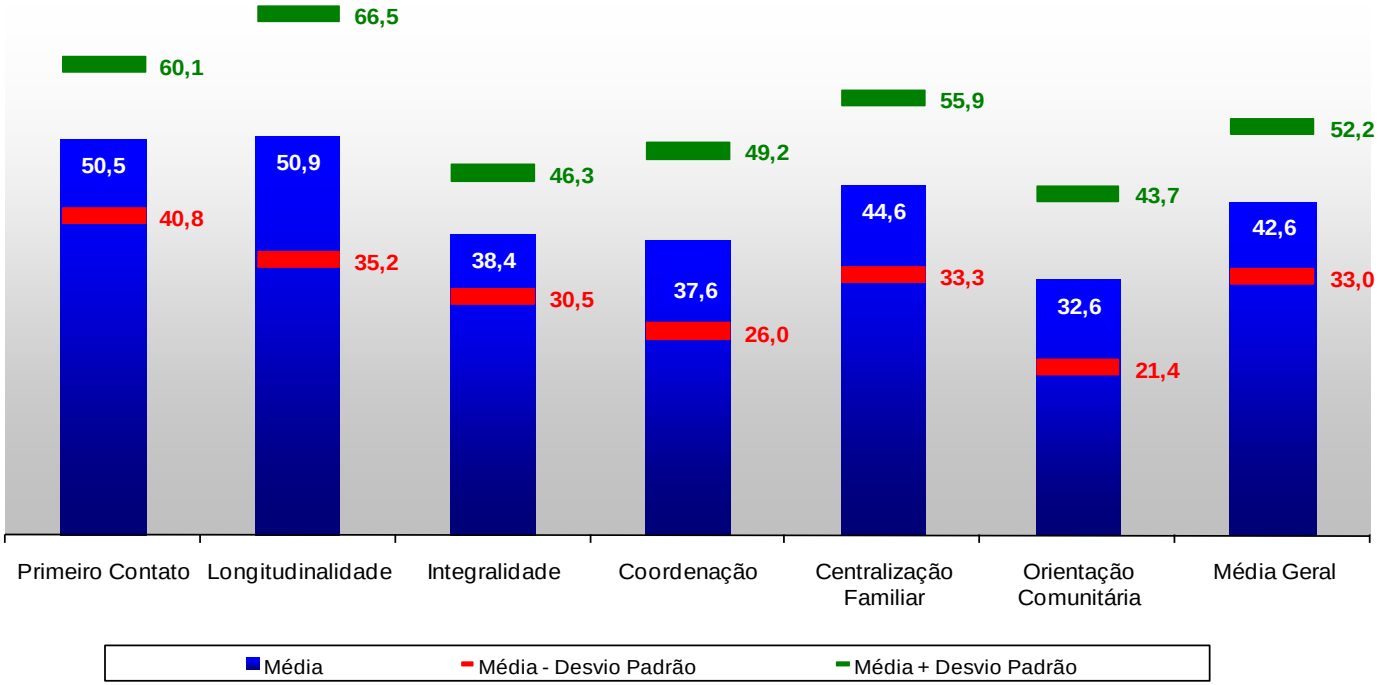
Tratamento e Análise de dados: Painel Pesquisas
Fonte de Dados: Unidades de Saúde

Fonte: Unidades de Saúde da Atenção Básica – SMS/Jlle –Junho de 2008.

4.24. Dispersão por princípio – Regional Jarivatuba

Comentário: Na regional Jarivatuba a maior variação entre a média, foi no princípio da **Longitudinalidade** e a menor na **Integralidade.**

GRÁFICO 24: DIAGNÓSTICO DA SAÚDE - VARIAÇÃO DO PERCENTUAL ALCANÇADO (REGIONAL JARIVATUBA) - MAIO/2008

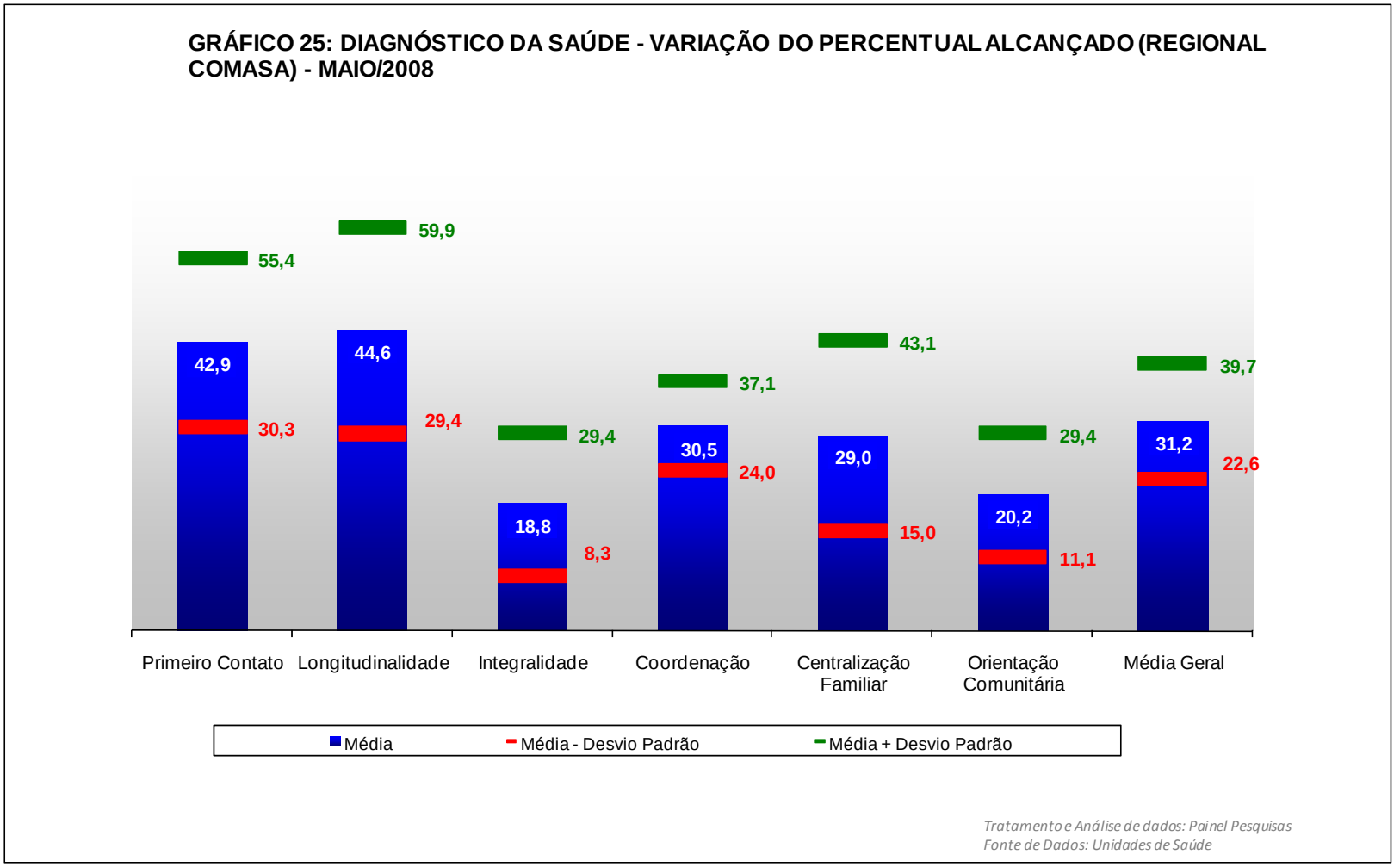


Tratamento e Análise de dados: Painel Pesquisas
Fonte de Dados: Unidades de Saúde

Fonte: Unidades de Saúde da Atenção Básica – SMS/Jlle –Junho de 2008.

4.25. Dispersão por princípio – Regional Comasa

Comentário: Entre todos os princípios o da **Coordenação do Cuidado** apresenta a menor variação nesta regional.

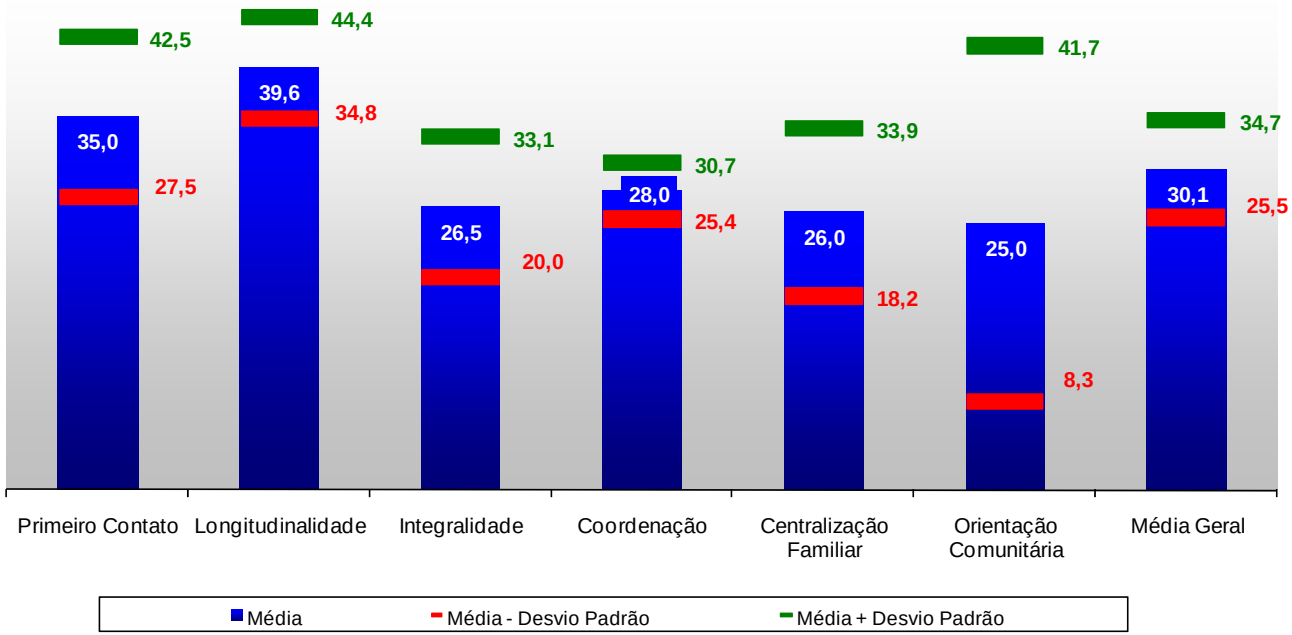


Fonte: Unidades de Saúde da Atenção Básica – SMS/Jlle –Junho de 2008.

4.26. Dispersão por princípio – Regional Fátima

Comentário: Na regional Fátima o princípio da **Coordenação do Cuidado** aparece com a menor dispersão entre as médias, mostrando grande consenso das equipes neste princípio.

GRÁFICO 26: DIAGNÓSTICO DA SAÚDE - VARIAÇÃO DO PERCENTUAL ALCANÇADO (REGIONAL FÁTIMA) - MAIO/2008



Tratamento e Análise de dados: Painel Pesquisas
Fonte de Dados: Unidades de Saúde

Fonte: Unidades de Saúde da Atenção Básica – SMS/Jlle –Junho de 2008.

5. ANÁLISE QUALITATIVA DOS PRINCÍPIOS DA ATENÇÃO BÁSICA

5.1 – Primeiro Contato.

Em virtude do aumento da população e da dificuldade de acesso as UBS por condições geográficas e/ou transporte coletivo, recursos humanos insuficientes (de todas as categorias inclusive de agentes comunitários), falta de novas sedes de ESF, estrutura física inadequada/ insuficiente e horário incompatível para alguns trabalhadores, causando o aumento da demanda reprimida (Motivos estes para que os usuários procurem outros serviços como os PA's e hospitais na certeza de serem atendidos, causando uma demanda desnecessária nos atendimentos de urgência e emergência de nosso Município.(JORGE Tânia B. Junho 2008).

5.2 – Longitudinalidade

I - Dentre todos os itens avaliados neste princípio, ficou bastante evidente a dificuldade que as equipes demonstram em estabelecer a contra-referência com os profissionais das especialidades, mesmo reconhecendo que a demanda reprimida muitas vezes se dá pela dificuldade de contratação dos profissionais especialistas.

II – As equipes citam também com bastante ênfase a falta de alguns protocolos e programas específicos, principalmente para adolescentes e idosos.

III – Mas o item mais crítico e cuja pontuação foi a mais expressiva deste princípio, foi a falta de educação permanente para toda a equipe e que no meu ver deveria ser a prioridade estabelecida para uma ação mais concreta. (VALÉRIO Marilú, junho 2008).

5.3 – Integralidade

No princípio da integralidade, as maiores dificuldades relatadas foram a dificuldade de acesso e comunicação com os especialistas e os hospitais, evidenciando a falta de integração entre os diferentes níveis de atenção e, conseqüentemente, a fragmentação do cuidado. A insuficiência de protocolos clínicos norteando e padronizando os encaminhamentos e a utilização da tecnologia (exames e procedimentos) foi apontada como um aspecto crítico da assistência. De modo geral, as equipes reconhecem haver qualidade no apoio diagnóstico (laboratório) e na assistência farmacêutica. (FRANCO Selma C. , Junho 2008).

5.4 – Coordenação do Cuidado

O elevado número de documentos a preencher como o prontuário, os instrumentos destinados aos usuários e os dados para alimentar os sistemas de informação do Ministério da Saúde somado ao número de usuários a serem atendidos, levam ao preenchimento inadequado das informações. Observa-se em vários itens, a apresentação de sugestão de implantação do prontuário eletrônico como forma de desburocratização, melhorando a qualidade da informação e atendimento, além de diminuir o volume de papel na Unidade e conseqüentemente, eliminando as falhas no arquivamento. Entretanto a implantação de prontuário eletrônico exigiria a melhoria no setor de informática, citado como deficiente por várias equipes. (OLIVEIRA Marlene B., Junho 2008).

5.5 – Centralização Familiar

As equipes ESF e EACS cadastram as famílias atendidas, a classificação de risco é realizada apenas nas unidades com ESF, pela visão das equipes por não existir critérios estabelecidos pela SMS. O monitoramento das famílias de maior risco, também é realizada somente pelas equipes ESF, mas não de forma efetiva e sistemática, algumas unidades alegam um excesso de demanda.

Em sua maioria os profissionais não utilizam instrumentos na abordagem familiar por desconhecimento ou resistência, alegando falta de capacitação.

Para alguns agravos, são realizadas ações definidas pelo MS, limitada pela falta de recursos humanos e materiais. As ações são voltadas para o indivíduo não para as famílias. As visitas domiciliares são realizadas conforme as condições de transporte das equipes, faltam materiais de apoio para as campanhas, a maioria é disponibilizado pelo Ministério da Saúde. (ROCHA Fabiane – junho 2008)

5.6 – Orientação Comunitária

Este princípio representa o de maior dificuldade em nossa Atenção Básica, considerando a pontuação alcançada que foi a de 32,6%. Percebê-se ainda, que principalmente às equipes, não incorporaram a importância do envolvimento da comunidade nesta integração, objetivando o alcance de resultados nos indicadores de saúde de forma coletiva, visando o bem-estar comum e qualidade de vida.Chegamos a esta conclusão,partindo do princípio que os Conselhos Locais,são entidades que devem representar suas UBS's na própria comunidade,sendo formado paritariamente, pelos próprios profissionais das unidades e seus usuários.Verificamos que para melhorarmos este princípio,principalmente,nos itens 4,5 e 6, não dependemos de maior tecnologia, mas sim, do entendimento de nossa missão, enquanto, transformadores de opinião e mudança de hábito, cumprindo o nosso verdadeiro papel como "PROFISSIONAIS DE SAÚDE",no sentido mais amplo e conceitual da palavra "SAÚDE". Das 68 unidades que realizaram a avaliação apenas em sete, não existem Conselhos Locais de Saúde, sendo 02 Unidades Básicas Convencionais e 05 unidades com as Estratégias Saúde da Família. (HORA Jusmara do Rocio, junho de 2008).

5.7. Conclusões da Análise qualitativa

As avaliações realizadas apontaram para a necessidade de efetivar a rede básica como porta de entrada do "Sistema de Saúde", absorvendo a demanda existente neste nível de atenção.

As maiores dificuldade relatadas referem-se a acesso e comunicação com os especialistas e hospitais, evidenciando a falta de integração entre os diferentes níveis de atenção e conseqüentemente, a fragmentação do cuidado. A insuficiência de protocolos clínicos norteando e padronizando os encaminhamentos, bem como a insuficiência de tecnologias, exames e procedimentos foi apontado como um aspecto crítico da assistência.

A inexistência de um sistema informatizado que disponibilize as informações dos atendimentos realizados em outros níveis da atenção, dificulta a Coordenação do Cuidado. Neste contexto, a implantação do prontuário eletrônico é apontada como alternativa para mudar esse quadro.

Instituir uma política de educação permanente foi apontado como prioridade pelas equipes.

Embora as equipes cadastrem as famílias atendidas, monitorem as de maior risco, não ainda de forma efetiva e sistemática; de uma forma geral os profissionais relatam desconhecimento ou resistência para utilizarem instrumentos de abordagem familiar, o que nos leva a supor que as ações acabam sendo voltadas para os indivíduos e não para as famílias.

Finalmente, os resultados mostraram que as maiores dificuldades estão centradas no atendimento ao princípio da Orientação Comunitária, sinalizando a dificuldade em reconhecer e/ou articular em sua prática diária, a participação da comunidade no diagnóstico e planejamento das ações de saúde. Em conseqüência, as agendas dos profissionais, os programas são em sua maioria, são "engessados" e não estão alinhados às necessidades especificadas da população.

6. PLANO DE AÇÃO

6.1. Objetivos Gerais

6.1.1.Efetivar a rede básica como porta de entrada do sistema municipal de saúde

a. Ampliar a capacidade de captação de usuários na demanda espontânea;
b. Expandir a Estratégia Saúde da Família (ESF) e Estratégia Agentes Comunitários de Saúde (EACS);
c. Redimensionar as equipes de saúde nos territórios considerados prioritários conforme perfil sócio epidemiológico;
d. Instituir protocolos de acesso às unidades de urgência e emergência;
e. Instituir protocolos de internação hospitalar.

6.1.2. Reorientar o modelo de atenção com base no cuidado integral, coordenado e contínuo.

a. Redimensionar a oferta de consultas especializadas, exames e procedimentos;
b. Priorizar a atenção de acordo com critérios de risco (território, áreas programáticas e famílias);
c. Definir protocolos clínicos e de acesso, baseados em linhas de cuidado em todo o ciclo da vida;
d. Facilitar o fluxo de usuários para realizar e receber os resultados dos exames;
e. Elaborar diagnóstico e planejamento local monitorando as ações metas e resultados por unidade de saúde;
f. Integrar as ações entre os diversos setores da Secretaria Municipal da Saúde (Intrasetorialidade);
g. Desenvolver ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde.

6.1.3. Estruturar a integração do sistema de atenção em todos os níveis

a. Aprimorar o processo de marcação de consultas especializadas;
b. Implantar o processo de referência e contra-referência;
c. Consolidar a regulação em todos os níveis de assistência (protocolos clínicos, normativas, etc.).

6.1.4. Implantar uma política diferenciada de Gestão de pessoas, que atenda às peculiaridades da rede pública de saúde.

a. Instituir uma política de educação permanente para a Secretaria de Saúde;
b. Implantar um plano de cargos e salários que contemplem incentivos e atrativos, para melhorar a eficiência das metas e resultados;
c. Dar agilidade aos processos contratuais de admissão e substituições, evitando a desassistência e a descontinuidade do cuidado;
d. Adequar o quadro de lotação e atribuições de profissionais às necessidades da Secretaria da Saúde.

6.1.5. Fortalecer o controle social.

a. Melhorar as parcerias com as comunidades;
b. Incentivar e fortalecer a capacitação dos Conselhos de Saúde, priorizando o segmento profissional de saúde.
c. Estruturar a Secretaria Executiva do Conselho Municipal, de modo a garantir o apoio aos Conselhos Locais;
d. Incentivar a organização de novos Conselhos Locais de Saúde,

6.1.6. Prover uma infra-estrutura adequada na rede assistencial do SUS

a. Estruturar política de manutenção preventiva tanto de área física quanto de equipamentos;
b. Implantar um plano de construção, ampliação e reformas conforme critérios técnicos para as UBS;
c. Ter uma estrutura tecnológica com a qualidade e quantidade necessária para o desempenho do trabalho nas unidades;
d. Ter um serviço de compras e almoxarifado ágil e eficaz;
e. Ter um serviço de patrimônio ágil e eficaz;
f. Implantar um sistema de arquivamento de documentos.

6.1.7. Implantar uma política integrada de informação na gestão e na rede assistencial

a. Implantar sistemas integrados de informação que proporcionem agilidade e eficiência no trabalho;
b. Implantar um sistema de prontuário eletrônico na rede assistencial do SUS;
c. Implantar comissão de padronização de registros e revisão de prontuários.

EQUIPE RESPONSÁVEL PELO PROJETO

Análise Qualitativa:

Princípio 1 – Primeiro Contato: Tânia Bettina N. Jorge – coordenadora da regional de saúde Fátima

Princípio 2 – Longitudinalidade: Marilú Valério – Técnica do Núcleo de Apoio Técnico (NAT) – GUAB

Princípio 3 – Integralidade: Dra. Selma Cristina Franco – Coordenadora do Planejamento – GUPCAA

Princípio 4 – Coordenação do Cuidado - Marlene Bonow de Oliveira – Coordenadora da Regional Vila Nova

Princípio 5 - Centralização Familiar – Fabiane Rocha – Coordenadora da Regional Costa e Silva

Princípio 6 - Coordenação Comunitária – Jusmara do Rocio da Hora – Coordenadora da Regional Floresta

Plano de ação – Mario José Brükheimer – Coordenador da CPPS/Área do Cadastramento - GUAB

Análise Quantitativa:

Painel Pesquisas, Consultoria e Publicidade Ltda.
Ermelinda Maria Uber Januário – CORECON 2556-9
Consultora e coordenadora da pesquisa

Coordenador da equipe de informação:

Mário José Brükheimer
CPPS/Área do Cadastramento

Coordenador Geral do Projeto

Salésio da Rocha Medeiros
Gerente da Unidade de Atenção Básica – GUAB

Transformar dados em conhecimento e fornecer informações confiáveis para contribuir de forma responsável nos processos decisórios das empresas e instituições públicas, utilizando metodologias científicas apropriadas para cada modalidade de pesquisa, é a nossa missão.

Se imprimir, recicle!

painel
Instituto de Pesquisas

Rua Ministro Calógeras, 1540 - Atiradores
CEP: 89.201-500 - Joinville - SC
47 3025-5467 - 47 9993-1043
atendimento@painelpesquisas.com.br
www.painelpesquisas.com.br