



Revista Brasileira em Promoção da Saúde
ISSN: 1806-1222
rbps@unifor.br
Universidade de Fortaleza
Brasil

Graças de Campos, Ariane
PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA: SOLUCIONANDO
PROBLEMAS E REINVENTANDO AÇÕES
Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 22, núm. 3, 2009, pp. 151-156
Universidade de Fortaleza
Fortaleza-Ceará, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40812007004>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA: SOLUCIONANDO PROBLEMAS E REINVENTANDO AÇÕES

Situational Strategic Planning in primary care: troubleshooting and reinventing actions

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Aplicar o Planejamento Estratégico Situacional (PES) em um problema selecionado por uma equipe de Saúde da Família, visando propor estratégias intervencionistas que corrijam tal deficiência. **Métodos:** Pesquisa de campo, de cunho quantitativo, aplicada em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo, utilizando os passos do PES, no período de abril a outubro de 2008. **Resultados:** O problema eleito foi o de subnotificação de produção na unidade, comprometendo, assim, a eficácia da obtenção dos resultados positivos quanto ao acesso, efetividade nas estratégias e mudança do contexto de saúde da área de abrangência. Após intervenção com a equipe, focando a conscientização sobre a importância de se manter atualizados os dados e informações sobre a população atendida, a mesma entendeu a importância em se formalizar todos os procedimentos realizados na Unidade. **Conclusão:** O Planejamento Situacional trouxe à luz a relevância em conhecer melhor a comunidade pela qual a unidade é responsável, sua complexidade e heterogeneidade, tornando efetiva a qualidade dos serviços prestados, relacionando-os à valorização das atividades profissionais e do serviço de saúde como um todo.

Descritores: Avaliação de programas e projetos de saúde; Atenção Primária à Saúde; Garantia da Qualidade dos cuidados de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To apply the Strategic Situational Planning (SSP) in a problem selected by the Family Health team, aiming at proposing intervention strategies to correct this deficiency. **Methods:** A field research of quantitative nature, applied in a family health unit of a town in the countryside of São Paulo state, using the steps of SSP in the period from April to October, 2008. **Results:** The selected problem was that of underreporting of production in the unit, thereby undermining the efficiency of obtaining positive results regarding the access, effectiveness of the strategies and changes in the context of health in the coverage area. After intervention with the team focusing awareness on the importance of maintaining updated data and information on the population served, it understood the importance of formalizing all procedures performed in the Unit. **Conclusion:** The Strategic Situational Planning brought to light the relevance in learning more about the community of which the unit is responsible, its complexity and heterogeneity, making effective the quality of rendered services, linking them to the recovery of professional activities and of the health service as a whole.

Descriptors: Program Evaluation; Primary Health Care; Quality Assurance, Health Care.

Ariane Graças de Campos⁽¹⁾

1) Unidade de Saúde da Família - USF
Especial Sé

Recebido em: 19/12/2008
Revisado em: 23/07/2009
Aceito em: 26/07/2009

INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir de 1986, iniciou-se a construção do ideal de um novo modelo de atenção à saúde que traria a luz à necessidade de uma reforma sanitária efetiva que proporcionasse uma estratégia de reorganização substitutiva ao modelo tradicional fragmentado executado empiricamente até então. Para tanto, as diretrizes de construção desse novo modelo de atenção à saúde, baseado nos princípios de universalidade, integralidade, equidade e descentralização seriam ratificadas mediante a elaboração na Constituição Federal de 1988⁽¹⁻³⁾.

Com a nova institucionalidade da saúde, fundamentada no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, que define o Sistema Único de Saúde (SUS), emerge uma “rede integrada regionalizada e hierarquizada de serviços, constituindo um sistema único, organizado, descentralizado, com direção única em cada esfera de governo, prestando atendimento integral, a partir da priorização de atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais e com participação popular”^(4,5).

Seguindo as diretrizes do SUS e mediante contínua vigilância à saúde com a participação ativa das coletividades, esse processo contínuo e dinâmico vem favorecendo o estabelecimento do vínculo, responsabilidade e confiança entre o serviço de saúde e a comunidade/família/indivíduo. Esses aspectos tornam-se de suma relevância na medida em que proporcionam a compreensão holística do processo saúde-doença através de uma visão biopsicossocial de prestação de serviços com qualidade e humanização à população, realizando as intervenções a partir das demandas percebidas, referidas e identificadas⁽²⁻⁴⁾.

O objetivo desta pesquisa é, através do PES, eleger uma situação-problema vivenciada pela Unidade, para posteriormente propor estratégias para minimizar tal problema e para melhor fundamentar as bases deste trabalho. Utilizaremos como referencial os princípios adotados pelo Planejamento Estratégico Situacional, sintetizado nos seguintes aspectos⁽⁶⁾: 1) Pressupõe a participação dos diferentes atores interessados na operação da unidade de saúde e, portanto, na elaboração do seu Plano de Ação; 2) Reconhece, como ponto de partida, a visão singular de cada ator sobre o que são problemas de saúde no seu território; 3) Busca, como efeito mais importante, a criação e o fortalecimento de compromissos entre os atores que analisam os problemas e propõem soluções; 4) Representa uma proposta concreta para efetivar a participação social e a descentralização dos serviços de saúde.

Na primeira fase da pesquisa levantamos o perfil da unidade de saúde com informações contidas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), como perfil do territorial, epidemiológico, sanitário e de produção dos

profissionais. A próxima fase foi aplicar os passos do PES em reuniões de equipe que aconteciam semanalmente na unidade de saúde, até a seleção do problema feita pelos profissionais. A partir deste ponto iniciamos uma série de ações que objetivaram intervir no problema elencado.

As ações contidas no plano de intervenções focado no problema foram implementadas gradativamente como auxílio da equipe de saúde local, do núcleo de informações da Secretaria Municipal de Saúde do Município, bem como da equipe gestora de saúde do mesmo.

O problema de subnotificação de dados foi sanado com o entendimento da equipe de saúde sobre a importância em se manter registradas e atualizadas suas informações em saúde, para melhor atuar no território e visualizar a eficácia de suas intervenções.

MÉTODOS

Esta é uma pesquisa de campo, quantitativa, aplicada em uma equipe de saúde da família do interior de São Paulo, utilizando os passos do PES para detecção do problema, que, no caso, foi o déficit na atualização dos dados, informações e produção, no período de 08/04/2008 a 11/10/2008.

1^a Fase: Perfil da Unidade

Para a caracterização da unidade de estudo foram levados em consideração: o grupo de profissionais atuantes no local, o número de famílias e de habitantes cadastrados na Unidade, outras variáveis estudadas para a caracterização contemplaram tratamento de água e saneamento básico.

2^a Fase: Seleção do Problema

A seleção do problema foi realizada durante reuniões de equipe semanais na USF, com a participação de todos profissionais atuantes no ano de 2008. Os trabalhos realizados durante as reuniões seguiram os seguintes passos-ordem: apresentação do propósito; apresentação dos dados da área de abrangência; transformações dos dados em informações; chuva de problemas; ordenação de problemas; eleição do problema.

Os atores que compõem a equipe expuseram quais os problemas que consideravam mais relevantes na unidade e na comunidade. Mediante votação, através de atribuição de valores numéricos, bem como da avaliação da complexidade do problema (alta/média/baixa) e de sua governabilidade (sim/parcialmente/não), foi determinado o de maior pontuação que estivesse dentro da governabilidade da unidade, consistindo então no problema eleito para possível intervenção.

Tendo em vista a importância que esses elementos representam no conhecimento e aplicação qualitativa

do programa de Saúde da Família, e, analisando-se que a construção de informações em saúde deva seguir as seguintes etapas: 1) Gerar /obter dados; 2) Analisar dados; 3) Produzir informações sobre necessidades de saúde; 4) Organizar o processo de trabalho da equipe PSF; 5) Intervir nas necessidades de saúde da população^(7,8).

Para poder gerar informações e intervir na saúde da coletividade é necessário dispor de dados demográficos, relativos aos agravos em saúde e sobre a organização dos serviços de saúde e recursos sociais da área de abrangência.

Foram levantados os fatores e as dificuldades que interferem direta e indiretamente na atualização dos dados e informações, tanto nas visitas à comunidade quanto nos atendimentos e procedimentos realizados na unidade. Os principais aspectos levantados foram: 1) Orientação técnica especializada deficitária desde a implantação do Programa de Saúde da Família na USF. Destacando-se questões conceituais como: em que condições o acolhimento deve ser considerado? Como devem ser consideradas como consultas a replicação de receitas? O atendimento por telefone deve ser considerado consulta?; 2) Falta de clareza e definição dos dados contidos no SIAL e SIAB, interferindo não somente na atualização da produção interna, mas também dificultando a compreensão pelos pacientes dos dados questionados, em decorrência da falta de conhecimento sobre terminologias técnicas em saúde, contidas nas fichas. Ex: muitos pacientes não se consideram como hipertensos, mas sim portadores de pressão alta; 3) A omissão de dados pelos pacientes durante as visitas domiciliares e nos atendimentos domiciliares na USF, seja por desconhecimento do seu estado de saúde e/ou dificuldades no estabelecimento do vínculo com o serviço; 4) Desprendimento de tempo para preenchimentos burocráticos considerando-se a sobrecarga para atividades profissionais; e 5) A constante substituição de profissionais, que ocorreu desde a implantação dos serviços.

3^a fase: Plano de Intervenção

Problematizamos, junto aos diferentes membros da equipe de saúde, quanto à relevância em atualizar adequadamente os dados e as informações visando à valorização de sua atuação profissional, bem como à qualificação dos serviços prestados.

Solicitamos informações técnicas especializadas no Núcleo de Informações da Secretaria de Saúde local sobre como deve ser realizada a adequação da atualização, e também buscamos esclarecimentos de dúvidas da equipe.

Desenvolvemos atividades informativas e educativas sobre como devem ser atualizados os dados e as informações, e sua importância quanto ao perfil da população da área de abrangência.

Observamos quais questões demandam maior atenção para desenvolvê-las com o devido segmento profissional. Informamos aos profissionais da equipe sobre o papel da atualização em cada segmento específico para, posteriormente, condensá-los, visando à compreensão holística do processo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1^a Fase: Perfil da Unidade

A equipe de referência da USF é composta pelos seguintes profissionais: uma enfermeira, uma enfermeira residente, dois auxiliares de enfermagem, uma médica, uma médica residente, um dentista, um auxiliar de consultório odontológico, um auxiliar de serviços gerais e seis agentes comunitários de saúde.

Segundo as informações coletadas no SIAB, em abril de 2008 estão cadastradas, na USF, 917 famílias, perfazendo um total de 2888 habitantes, sendo que 359 são moradores compreendidos na faixa etária entre 7 e 14 anos de idade, 100 % são alfabetizados e dos 2154 residentes com idade superior a 15 anos, 96,94% (2088) são alfabetizados, revelando o significativo grau de instrução da população da área de abrangência da USF.

Quanto ao tratamento de água, 60,31% (553) das residências recorrem à filtração e 39,69% (364) utilizam-na sem tratamento algum, sendo que o abastecimento de água local é realizado 100% via rede pública. O índice da não utilização de qualquer tratamento de água evidencia um problema de saúde pública, na medida em que muitas das patologias que acometem, principalmente crianças, estão relacionadas à qualidade da água ingerida. Portanto, esse aspecto demanda significativa atenção à necessidade de orientação por parte da equipe de saúde da família local.

O saneamento básico para dejetos humanos é realizado 100% por sistema de esgotos via pública e o destino do lixo compreende 99,89% (916) das residências, coletados por serviço público, sendo registrado somente 0,11% (1), que é queimado ou enterrado. Entretanto, apesar desses dados, pode-se evidenciar facilmente bolsões de lixo a céu aberto em terrenos baldios, requerendo maior necessidade de atenção e orientação à população, principalmente através dos agentes comunitários.

No decorrer do ano de 2007, os profissionais ainda não estavam familiarizados com os sistemas de informação vigentes, bem como não compreendiam a relevância de sua constante atualização à qualificação dos serviços prestados pela USF e para valorização das atividades profissionais.

2ª Fase: Seleção do Problema

Dos problemas apontados pelos membros da equipe de saúde o segundo em valor de pontuação foi o escolhido (déficit na atualização de dados, informações e produção) em decorrência do primeiro lugar estar fora de nossa governabilidade. (Tabela I).

Tabela I - Distribuição da Seleção de Problemas segundo o grau de complexidade e de governabilidade USF, 2008

Problema	Total	Complexidade			Governabilidade		
		Alta	Média	Baixa	Sim	Parcial	Não
1) Déficit na atualização da Produção, Dados e Informações	49	----	03	02	04	01	----
2) Falta de capacitação dos profissionais: auxiliar de enfermagem, dentista e agentes comunitários de saúde	72	01	07	----	----	02	06
3) Baixa adesão da comunidade aos grupos/reuniões/USF	28	----	03	----	----	03	----
4) Violência doméstica mascarada	09	01	----	----	----	01	----
5) Não adesão ao grupo de gestante	09	----	01	----	----	01	----

Problemas sugeridos como: Falta de recursos materiais para realização de promoção e prevenção (medicamentos, materiais odontológicos, fisioterápicos etc.); Baixa adesão de adolescentes à USF; Isolamento da USF de outros setores sociais locais; Déficit de estrutura física para reuniões com a comunidade e insuficiente de participação da equipe gestora aos problemas vigentes chegaram a ser cogitados como de relevância mas não chegaram a ser votados pelos entrevistados.

Compreendemos, a partir da observação e mediante a discussão com a equipe de saúde local, que a seleção do problema “Déficits na atualização dos dados, informações e produção”, insere-se nos aspectos organizativos, comprometendo assim a eficácia da obtenção dos resultados positivos quanto a acesso, adequação e efetividade nas estratégias de mudança do contexto de saúde da área de abrangência.

O problema abordado relaciona-se diretamente ao gerenciamento dos dados e informações obtidas nos atendimentos internos à unidade, bem como nas visitas realizadas na comunidade pelos diversos profissionais. Analisando os dados apresentados no SIAL (sistema de informação ambulatorial local) e SIAB observou-se que os mesmos demonstravam-se insuficientes para o aproveitamento e o provimento de informações que permitissem conhecer, de forma fidedigna, a realidade sócio-sanitária da população em acompanhamento na

USF, avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos numa esfera biopsicossocial e, principalmente, melhorar a quantidade dos serviços de saúde prestados.⁶

Salienta-se ainda a relevância da atualização dos dados da produção e agravos na observância da atuação individual dos profissionais da equipe, bem como da USF em geral.

Sendo assim, o déficit na atualização desses dados, informações e produção, representa valores alterados da produtividade da USF e diretamente sua baixa valorização das atividades profissionais.

Compreende-se que a atualização dos dados, informações e produção da USF em relação à área de abrangência não deve ser meramente o preenchimento de fichas de coletas de dados, mas sim fazer desta, uma produção de informações fidedignas que proporcionem uma visão holística da observância dos determinantes do processo saúde / doença na coletividade⁽⁸⁾.

Pode-se evidenciar a existência de deficiências na atualização dos dados relativos aos procedimentos, comprometendo diretamente a avaliação da prestação de serviços pela unidade de saúde local, bem como a não valorização das atividades profissionais realizadas, aspectos que demandam significativa preocupação aos elementos da equipe. (Figura 1)

Quanto às internações, observou-se que os registros não apresentaram informações sobre outras causas que não sejam em psiquiatria. Questiona-se também a veracidade dos índices apresentados relacionados ao déficit na atualização da produção, dados e informações, bem como se os índices da designação de “hospitalizações por qualquer outra causa” não poderiam estar subclassificados em hospitalizações por diabetes, abuso de álcool etc. (Figura 2)

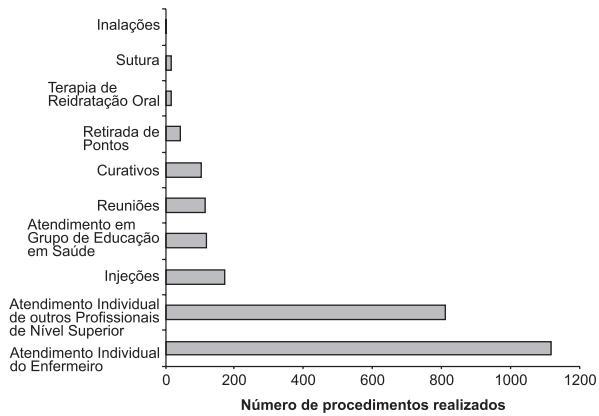


Figura 1 - Distribuição dos Procedimentos realizados em números absolutos no ano de 2007.

Fonte: SIAB

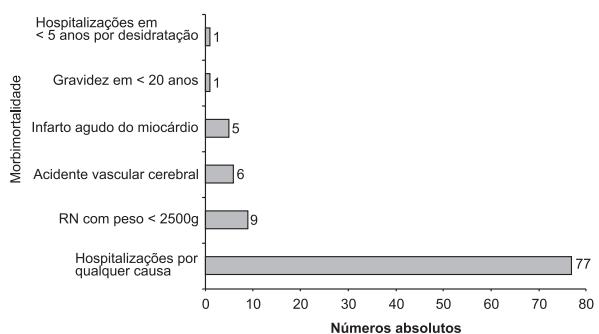


Figura 2 - Distribuição da morbimortalidade na área da USF, 2007.

Fonte: SIAB

3^a fase: Plano de Intervenção

As intervenções implementadas, na tentativa de solucionar o problema da subnotificação de produção, tiveram êxito. A equipe de saúde compreendeu a importância em se formalizar todos os procedimentos realizados na USF.

Na tabela II ficam evidentes o aumento das notificações da produção da unidade após as intervenções, que demonstrou o entendimento sobre a importância das anotações corretas, visando transformar os dados em informações, e que estes sejam mais precisos frente à população atendida e suas mudanças após as intervenções da unidade.

Vale ressaltar que os profissionais não tinham o conhecimento do que se podia notificar de seus procedimentos, sendo que, após a capacitação, em julho de 2008, houve um crescimento significativo nas notificações como anteriormente apresentadas.

Acreditamos que as ações já implementadas obtiveram resultados, enquanto oportunidade para que a equipe se

conscientizasse, expusesse suas deficiências e que muitas destas fossem parcialmente sanadas no decorrer deste trabalho. E, ainda, salienta-se que a problemática abordada no Planejamento Situacional trouxe a luz a relevância em conhecer melhor a comunidade pela qual são responsáveis, tornando efetiva a qualidade dos serviços prestados, relacionando-os à valorização das atividades profissionais e da USF como um todo.

Tabela II - Produção comparativa por categoria profissional

Categoria Profissional	Produção 2007	Produção 2008	Diferença (2008-2007)	Diferença (%)
Médica	542	717	175	32,3
Médica	540	1077	537	99,4
Residente				
ACD ^{1*}	66	231	165	250
Dentista	1017	1984	967	95
Aux. Enf. ^{2*}	1225	1416	191	15,5
Enfermeira	253	979	726	287
Residente				
ACS ^{3*}	10	270	260	2600
ACS	34	367	333	979,4
ACS	5	532	527	10.540
ACS	0	462	462	46.200
Total	3692	8035	4343	117,5

1*: Auxiliar de Consultório Dentário 2*: Auxiliar de enfermagem. 3*: Agente Comunitário de Saúde.

Fonte: USF, 2008

CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos conclui-se que é importante a sensibilização e a conscientização das equipes no que concerne a atualização dos dados relacionados à população atendida e na formalização de todos os procedimentos realizados na Unidade.

Que estratégias como “O Planejamento Situacional” prioriza ações de conhecer melhor a comunidade pela qual a unidade é responsável, sua complexidade e heterogeneidade, tornando efetiva a qualidade dos serviços prestados, relacionando-os à valorização das atividades profissionais e do serviço de saúde como um todo.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos à Enfermeira Juliana pela sua colaboração no Planejamento Estratégico Situacional e na implementação das intervenções selecionadas.

REFERÊNCIAS

1. Bertolli Filho C. História da saúde pública. 3^a ed. São Paulo: Ática; 1999.1p.
2. Ministério da Saúde (BR). Avaliação Para Melhoria da qualidade-qualificação da estratégia saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 Ministério da Saúde (BR). Cad Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. 2005;21(6):85-98.
4. Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20(5):1417-23.
5. Gomes MC, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface Comunic Saúde Educ. 2005;9(17): 287-301.
6. Mendes EV. O planejamento local da vigilância da saúde no distrito sanitário. OPAS/OMS. Brasília; 1994. Série N.: 13. 109 p.
7. Lima RT, Mangueira NM. Avaliação de implantação de ações básicas de saúde. Rev Bras Ciênc Saúde. 2001;5(2):149-58.
8. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saúde Pública. 2000;34(5):547-59.

Endereço para correspondência:

Ariane Graças de Campos
João Bezerra de Sousa, 107
Cidade Líder
CEP: 08280-050 - São Paulo/SP
E-mail: arianegraca@bol.com.br