

Estudo da Política Pública de Atenção Básica em Saúde no Município de Olinda/PE

Novembro/2022

Equipe Técnica Interprofissional

Leonardo Xavier de Lima e Silva - Analista ministerial em Psicologia - Mat. 188.974-5

Maria Luiza Duarte Araújo - Analista ministerial em Serviço Social - Mat. 188.663-0

Órgão Solicitante

2ª Promotoria de Justiça de Defesa da Cidadania de Olinda - Dra. Maísa Silva Melo de Oliveira

Procedimentos Administrativos de Acompanhamento de Política Pública

PAPP nº 01900.000.021/2020 (Atenção Básica em Saúde)

PAPP nº 01900.000.056/2021 (Atenção ao Pré-natal)

Finalidade

Avaliação das Políticas Públicas de Atenção Básica em Saúde e da Atenção ao Pré-natal

Sumário

1 Introdução	3
2 Metodologia	3
3 Considerações Técnicas Preliminares	4
3.1 O Sistema Único de Saúde como estratégia para materialização do Direito à Saúde	4
3.2 A centralidade da Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde (RAS)	7
3.3 Os desafios da Atenção Básica em Saúde no contexto da Pandemia do Coronavírus.	11
4 Situação Identificada na Atenção Básica no Município de Olinda	13
4.1 Contexto	13
4.2 Resultados do Levantamento	15
4.2.1 Identificação	15
4.2.2 Estrutura Física, Equipamentos, Insumos e Medicamentos	16
4.2.3 Profissionais de Saúde	22
4.2.4. Planejamento e Ações Realizadas	27
4.2.5 Atenção ao Pré-natal	31
4.2.6 Ranking Comparativo entre as Unidades Avaliadas	34
4.2.6.1 INDICADORES DE ADEQUAÇÃO (Cf. Portaria MS/GM nº 2.456/2017)	34
4.2.6.2 INDICADOR DE QUALIDADE	37
5 Considerações sobre os Resultados	41
5.1 Identificação	43
5.2 Estrutura Física, Equipamentos, Insumos e Medicamentos	44
5.3 Profissionais de Saúde	46
5.4 Planejamento e Ações Realizadas	46
5.5 Atenção ao Pré-natal	47
5.6 Outros Temas de Relevância da AB	48
5.6.1 Hanseníase e Tuberculose	48
5.6.2 Hipertensão e Diabetes	49
5.6.3 Vacinação	49
5.6.4 Saúde de Públicos Específicos (crianças/adolescentes, mulheres, pessoas Idosas, pessoas com deficiência)	49
5.6.5 Saúde Mental	50
5.6.6 Ações de Enfrentamento à COVID	50
6 Algumas Sugestões	51

1 Introdução

Com o objetivo de subsidiar a atuação da 2ª Promotoria de Justiça de Defesa da Cidadania de Olinda – Saúde e Consumidor, realizou-se um levantamento quantitativo da Atenção Básica (AB) em Saúde e Atenção ao Pré-Natal, seguindo o cronograma apresentado no Relatório Multiprofissional nº 02/2021. Desta forma, o presente documento consiste no relatório final do Levantamento da Atenção Básica no município de Olinda, possibilitando um olhar ampliado acerca da Rede de Atenção em Saúde (RAS), favorecendo a identificação de ações estratégicas a serem realizadas no âmbito da supracitada Promotoria de Justiça. O documento faz parte dos esforços que o Ministério Público de Pernambuco vem realizando para fiscalizar a Rede de Saúde e fomentar a ampliação da oferta da AB no município, pautada nos princípios e diretrizes estruturadoras do Sistema Único de Saúde (SUS).

2 Metodologia

Estudo sequencial de métodos mistos, utilizando-se de um levantamento estatístico, via questionário online, dos principais elementos que compõem a estrutura e a sistemática de atuação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), e na sequência uma entrevista semiestruturada com a diretora da Atenção Básica de Olinda, para aprofundamento de temas específicos, definidos com base nas respostas do instrumental.

Na fase quantitativa, após a limpeza da base de dados, ou seja, excluindo-se os formulários repetidos, através de contato com algumas gestoras das Unidades para decisão de quais entradas seriam validadas (atualizadas), a amostra final foi composta por **46 questionários respondidos**, correspondendo às gestoras de 43 Unidades de Saúde da Família e 03 Equipes de Atenção Primária (EAP). Quando a amostra considerada para a elaboração de algum cálculo foi menor que o quantitativo de gestoras das Unidades de Saúde e EAPs obtido, ou seja, um número menor que 46, esse dado foi indicado no texto ou em notas de rodapé. A coleta se deu no período de 09/02/2022 a 15/06/2022, tendo uma duração maior do que a prevista inicialmente. Em termos analíticos, trabalhou-se apenas com estatísticas descritivas.

Para a discussão dos resultados obtidos, utilizou-se como referência os principais instrumentos legais e políticos que estruturam a ABS no âmbito do SUS, bem como produções acadêmicas sobre o tema, particularmente no que se refere às novas demandas que se apresentam à atenção primária com a Pandemia do Coronavírus.

3 Considerações Técnicas Preliminares

A seguir, apontamos alguns elementos que fundamentam as considerações técnicas sobre os resultados obtidos.

3.1 O Sistema Único de Saúde como estratégia para materialização do Direito à Saúde

O Sistema Único de Saúde, regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) é uma estratégia inovadora no campo da proteção social que se insere a partir da Constituição Federal de 1988 como direito social, parte da Seguridade Social (Art. 194).

Em seu artigo 196, a Constituição define a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Art. 196).

Suas ações e serviços devem compor uma rede regionalizada e hierarquizada, compreendendo um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes (C.F., Art. 198):

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Constitui importante patrimônio da cidadania brasileira tendo servido de base e inspiração para outros sistemas de proteção social no Brasil e no mundo. É resultado de amplo processo de luta que teve como importante marco, o período da Constituinte (1985).

A materialização do SUS é efetivada pela oferta de diferentes serviços divididos em níveis de atenção, sendo a atenção básica, a porta de entrada principal do sistema e, ao mesmo tempo, seu eixo central de articulação das mais diversas linhas de cuidado.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90) estrutura o Sistema Único de Saúde como conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (Art. 4).

O SUS está estruturado a partir de um marco regulatório complexo e robusto, composto por inúmeros documentos nas diversas áreas de sua abrangência. Toda sua

estrutura deve estar sintonizada com os princípios descritos no Art. 7 da Lei Orgânica da Saúde:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.
- XIV - organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras

Em sua perspectiva orientadora, o SUS tem como desafio principal a prevenção da doença e de agravos que atingem a população brasileira, com base no perfil dos territórios, propondo um processo sistemático de monitoramento epidemiológico que visa subsidiar os planejamentos e ações nas mais diversas áreas de atenção.

Neste sentido, a Lei Orgânica da Saúde define o conjunto das responsabilidades compartilhadas entre Municípios, Estados e Distrito Federal e União.

Um importante elemento para pensar a efetivação do SUS é a garantia de seu financiamento. Na Constituição Federal foi pensada a base geral para garantia dos recursos para o sistema composto por recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Ressalta-se que os serviços de saúde podem ser alvo de investimento da iniciativa privada.

No âmbito dos recursos públicos, há a previsão mínima de investimentos pelas esferas governamentais na proporção descrita na Constituição Federal (Art.198).

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento);

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º;

Sobre o financiamento do SUS e particularmente da Atenção Básica em Saúde, o Conselho Nacional de Saúde vem expedindo documentos alertando para o desfinanciamento da política e seus impactos para os avanços alcançados pelo SUS em sua construção histórica.

Exemplo desta preocupação é a Nota Técnica nº 161/2020 (CNS) que Dispõe sobre a Pandemia de COVID-19 e os impactos das recentes alterações no financiamento da Atenção Básica. Nesta, o CNS alerta que :

O novo financiamento da Atenção Primária à Saúde, instituído pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.979, de 13 de novembro de 2019, modifica por completo os critérios de repasse de recursos federais da Atenção Primária para municípios brasileiros. Trata-se de um modelo misto, composto por 3 (três) componentes: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. A partir desse novo modelo, o cálculo das transferências de recursos financeiros federais para os municípios será feito a partir da soma dos recursos referentes aos três componentes citados.

Apesar do anúncio de um incremento orçamentário da ordem de 2 bilhões para a Atenção Primária em 2010, de um total de 18 bilhões orçados em 2019, os principais componentes do novo modelo atrelam o recebimento de recursos ao desempenho dos municípios, em especial, para cadastrar usuários e atingir as metas do pagamento por desempenho. Por isso, o incremento orçamentário poderá não significar aumento real dos

recursos repassados pelo Ministério da Saúde aos municípios brasileiros (NT 161/2020)

E alerta que:

O encerramento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário da APS brasileira será uma consequência provável do novo financiamento. O Ministério da Saúde regulamentou um modelo alternativo chamado Equipe de Atenção Primária (EAP), composta apenas por médico e enfermeiro, sem técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Além disso, pretende pagar exatamente o mesmo valor por pessoa cadastrada tanto na EAP quanto na ESF. Apesar de não permitir, formalmente, descredenciar uma ESF para implantar uma EAP e dado que a ESF é um modelo Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde 5 com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS, será mais oneroso para os municípios criarem ESF ao invés de EAP.

No entendimento desenvolvido na Nota, a nova estrutura de financiamento da Atenção Básica constitui estratégia de indução financeira de modelo alternativo à já consolidada Estratégia de Saúde da Família (ESF), promovendo um modelo mais simples e com menor capacidade de ação.

Conclui, informando a Recomendação do CNS nº 053/2019, que orienta o Ministério da Saúde para revogação da Portaria MS nº 2.979/2019, justificando que esta consiste numa ameaça ao SUS, especialmente, no contexto da Pandemia de COVID-19.

Entende a necessidade de articulação de agendas junto ao Ministério da Saúde, o Congresso Nacional, o Conselho Nacional do Ministério Público, OAB, CONASS¹ e CONASEMS², visando a revogação da referida portaria com o objetivo de proteger o SUS e os municípios brasileiros.

3.2 A centralidade da Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde (RAS)

Para a construção de apontamentos iniciais sobre o tema, utilizamos como base a Portaria do Ministério da Saúde nº 4.279/2010 que estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS.

O documento é particularmente relevante em nosso debate por apresentar a Atenção Primária em Saúde (APS), estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída por equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo às suas necessidades de saúde.

¹ CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

² CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

O SUS estrutura a RAS enquanto arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

O objetivo da RAS consiste em promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na APS, pela centralidade nas necessidades de saúde da população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários.

As RAS deve estar estruturada com base em fundamentos, dos quais destacamos:

<p>Qualidade</p>	<p>Um dos objetivos fundamentais do sistema de atenção à saúde e da RAS é a qualidade na prestação de serviços de saúde. A qualidade na atenção em saúde pode ser melhor compreendida com o conceito de graus de excelência do cuidado que pressupõe avanços e retrocessos nas seis dimensões, a saber: segurança (reconhecer e evitar situações que podem gerar danos enquanto se tenta prevenir, diagnosticar e tratar); efetividade (utilizar-se do conhecimento para implementar ações que fazem a diferença, que produzem benefícios claros aos usuários); centralidade na pessoa (usuários devem ser respeitados nos seus valores e expectativas, e serem envolvidos e pró-ativos no cuidado à saúde); pontualidade (cuidado no tempo certo, buscando evitar atrasos potencialmente danosos); eficiência (evitar desperdício ou ações desnecessárias e não efetivas), e equidade (características pessoais, como local de residência, escolaridade, poder aquisitivo, dentre outras, não devem resultar em desigualdades no cuidado à saúde).</p>
<p>Suficiência</p>	<p>Significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para</p>

	atender às necessidades de saúde da população e inclui cuidados primários, secundários, terciários, reabilitação, preventivos e paliativos, realizados com qualidade.
Acesso	Ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado. Deverão ser estabelecidas alternativas específicas na relação entre acesso, escala, escopo, qualidade e custo, para garantir o acesso, nas situações de populações dispersas de baixa densidade populacional, com baixíssima oferta de serviços. O acesso pode se analisado através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários.
Disponibilidade	Diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família, tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade.
Comodidade	Está relacionada ao tempo de espera para o atendimento, a conveniência de horários, a forma de agendamento, a facilidade de contato com os profissionais, o conforto dos ambientes para atendimento, entre outros.
Aceitabilidade	Está relacionada à satisfação dos usuários quanto à localização e à aparência do serviço, à aceitação dos usuários quanto ao tipo de atendimento prestado e, também, à aceitação dos usuários quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento.
Disponibilidade de Recursos	É outro fator importante para o desenvolvimento da RAS. Recursos escassos, sejam humanos ou físicos, devem ser concentrados, ao contrário dos menos escassos, que devem ser desconcentrados.

A RAS oferta serviços à população por meio dos pontos de atenção à saúde, os quais visam a produção singular do cuidado em saúde.

Como centro da RAS, a Atenção Primária à Saúde está detalhada na Portaria nº 2.436/2017³, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica, classificando a Saúde da Família como sua estratégia prioritária, visando a expansão e consolidação da AB. É constituída pelos serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, de fácil acesso e direcionados a atender e resolver os problemas de saúde mais comuns de uma população. A Portaria de 2017 recomenda como população adscrita por Equipe de Atenção Primária (EAP) e de Saúde da Família (ESF), o quantitativo de 2.000 a 3.500 pessoas, bem como que seja localizada dentro do seu território de atenção, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Como estratégia prioritária, as ESFs devem ser compostas, no mínimo, por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Podem fazer parte da equipe o Agente de Combate às Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local.

Ressaltamos ser atribuição da Secretaria Municipal de Saúde o planejamento, a organização, a execução e a gerência dos serviços e ações de atenção básica, observados os princípios legais em seu território, bem como a garantia das instâncias de participação e controle social.

A Política de Atenção Básica organiza sua oferta a partir dos seguintes elementos, os quais serviram de base para elaboração do formulário do levantamento da Atenção Básica em Olinda.

1. IDENTIFICAÇÃO
2. ESTRUTURA FÍSICA, EQUIPAMENTOS, INSUMOS E MEDICAMENTOS
3. PROFISSIONAIS DE SAÚDE
4. PLANEJAMENTO E AÇÕES REALIZADAS
5. ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

Além destes aspectos, foram abordados indicadores referentes à Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, com hipertensão, diabetes, planejamento familiar, e alteração na dinâmica da unidade em função da pandemia do coronavírus.

³ Altera a Portaria GM nº 648/2006, revisada pela Portaria GM nº 2.488, de 21/10/2011.

Segundo dados do CNS⁴, a ABS no Brasil é composta por uma rede de 47.725 Equipes de Saúde da Família (ESF), distribuídas em cerca de 42,8 mil Unidades Básicas de Saúde, em todo o território nacional. Em 2019, a cobertura da Atenção Primária em Saúde abrangia cerca de 65% da população brasileira, sendo a maior parte da população atendida famílias de baixa renda, as quais concentram suas possibilidades de acesso ao direito à saúde nas estratégias e serviços do SUS.

3.3 Os desafios da Atenção Básica em Saúde no contexto da Pandemia do Coronavírus.

Particularmente no que se refere à pandemia, o SUS enfrenta no Brasil, o desafio de principal agente de enfrentamento à COVID-19, aliado ao crescente processo de diminuição de seu financiamento federal.

Durante o período mais agudo, o enfrentamento à pandemia esteve centrado nos serviços hospitalares; nos espaços de testagem; nas orientações de isolamento social, higienização, distanciamento social; vigilância dos casos; e no processo crescente de vacinação da população.

Com o fechamento de unidades e a interrupção de serviços de saúde diversos, a perda no acompanhamento de determinados agravos e patologias; houve o atraso na identificação de doenças e a perda de padrões já alcançados pelo SUS na notificação de doenças e continuidade das linhas de cuidado.

A ABS se depara ainda com a diminuição da identificação/notificação de doenças, cujo diagnóstico ou prevenção ficaram prejudicados durante a pandemia. Como exemplo destas perdas, observamos a baixa nos percentuais de cobertura vacinal de crianças.

Em artigo da Fiocruz, a entidade alerta que a cobertura vacinal no Brasil está com índices alarmantes. “De acordo com dados do Ministério da Saúde, a cobertura vacinal da população vem despencando, chegando em 2021 com menos de 59% dos cidadãos imunizados. Em 2020, o índice era de 67% e em 2019, de 73%. O patamar preconizado pelo Ministério da Saúde é de 95%”⁵.

No momento atual, além do controle e monitoramento da dinâmica da doença, o SUS se depara com a ampliação de pacientes que retornam à atenção básica com sequelas e ou agravamentos de doenças preexistentes, decorrentes da COVID-19. Também observa-se um aumento da demanda pelas linhas de cuidado em saúde mental.

É necessário tomar como perspectiva que a Atenção Primária em Saúde deve preparar-se para a disponibilização de vacinas contra a COVID-19 dentro do sistema vacinal

⁴ Nota Técnica CNS, nº 161/2020.

⁵ Disponível em :

<https://portal.fiocruz.br/noticia/cobertura-vacinal-no-brasil-esta-em-indices-alarmanetes>

usual que acontece em todas as unidades da Atenção Primária; para estruturar referência e contrarreferência para o cuidado com paciente que tiveram COVID-19 e demandam continuidade do cuidado, independente se passaram por processos de internação; vigilância de sintomas que possam indicar sequelas da COVID-19.

Neste sentido, A Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul criou um documento orientador, voltado à reflexão sobre os impactos da COVID-19 na Atenção Primária em Saúde, detalhando a necessidade de capacitar equipes para o olhar atento aos sintomas e preparar outros níveis de atenção da rede, para dar suporte à atenção primária no encaminhamento dos quadros que vêm sendo evidenciados como sequelas da COVID-19, como problemas respiratórios, cardíacos, neurológicos e psicoemocionais.

Alguns usuários apresentam sintomas que necessitam de intervenções específicas. Por esta razão, sugere-se que a gestão considere agregar às equipes de APS trabalhadores cuja habilitação permita o atendimento destas demandas ou compor equipes multiprofissionais com atuação integrada à APS, para apoio matricial, retaguarda ou atendimento individual. São profissionais que podem compor as equipes para atenção na reabilitação pós-COVID-19:

- fisioterapeutas;
- fonoaudiólogos;
- terapeutas ocupacionais;
- psicólogos;
- profissionais de educação física;
- nutricionistas;
- farmacêuticos;
- assistentes sociais;
- especialidades médicas, conforme prioridades identificadas.

É importante ressaltar que independente do ponto de atenção no qual o usuário estiver acompanhando, este cuidado deve ser planejado de forma contínua e integral, considerando o vínculo com sua equipe de referência.

Em relação à prevalência populacional dos sintomas prolongados, não há estudo definitivo, porém, um estudo (CARFI et al, 2020) estimou que cerca de 80% dos pacientes relataram ao menos um sintoma após 60 dias do início do quadro. Sabe-se que a maioria dos casos irá apresentar quadro auto-limitado, com resolução em até 12 semanas e a terapia deve ser direcionada para o alívio dos sintomas e estratégias de enfrentamento.⁶

⁶ Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Nota Orientadora para a Atenção Primária à Saúde nos casos de pós-COVID-19 (2021). Acesso em: [Coronavírus \(COVID-19\) - Atenção Básica do RS](#)

Desta forma, podemos constatar que a pandemia da COVID-19 ratificou a importância do SUS e, particularmente, a importância da Atenção Primária em Saúde, indicando a necessidade de esforços em todos os níveis (técnicos, políticos e financeiros) para a ampliação e fortalecimento do Sistema.

4 Situação Identificada na Atenção Básica no Município de Olinda

4.1 Contexto

Olinda integra os municípios da Região Metropolitana do Recife. Segundo dados do IBGE⁷, possui uma população estimada para 2021 de 393.734 habitantes.

No que se refere à renda, 39,7% da população vive em domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, o que o coloca na posição 179 de 185 dentre as cidades do estado e na posição 2776 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total é de 19,3%. Tais dados demonstram que parcela significativa da população do município vive em condição de pobreza, e pobreza extrema, impactando diretamente o perfil epidemiológico da cidade.

Como município com uma população próxima de 400.000 (quatrocentos mil) habitantes, Olinda possui a RAS implantada, contendo órgãos direcionados à sua gestão, execução, vigilância e controle social.

No levantamento, identificamos que a RAS no município é composta por:

- 43 Unidades Básicas de Saúde (reunindo 58 ESF mais 03 EAP)
- 10 Policlínicas que se destinam à atenção secundária (especialidades) e respondem pela cobertura de atenção básica para a população residente em áreas descobertas por unidades básicas de saúde.
- 1 Serviço de Pronto Atendimento no bairro de Peixinhos e 2 unidades de Pronto Atendimento (UPA)
- 3 Centros de Atenção Psicossocial (adulto, álcool e drogas, e Infantil)
- 6 Residência Terapêuticas
- 1 Maternidade (HTRI)
- 1 Centro de Reabilitação de Olinda (CRO)
- 2 Núcleos de Reabilitação (Águas Compridas e Ouro Preto)
- 1 SAMU
- 4 Unidades Móveis (mamografia, odontologia, citologia, expressinho vacina)
- 1 Consultório de Rua
- 2 Laboratórios (Rede Credenciada - Elo e EmoLab)

⁷ Dados dos municípios IBGE. Disponível em: [IBGE | Cidades@ | Pernambuco | Olinda | Panorama.](#)

- 1 Central de Laboratório do Município (em reativação)
- 1 Central de Imunização Programa Nacional de Imunização (PNI)
- 1 Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)

Em 2021, a gestão municipal encaminhou para aprovação na Câmara Municipal o Plano Plurianual 2022-2025, tendo apontado como principais metas para o campo da saúde:

- a) Aquisição e distribuição de vacinas para a COVID-19, através do Consórcio Nordeste.
- b) Ações de combate à pandemia de COVID-19, através da aquisição de medicamentos, EPIs, equipamentos, reestruturação de unidades de saúde, criação de hospitais de campanha, vacinação, dentre outros.
- c) Fortalecer e modernizar o sistema de Gestão SUS, com o planejamento estratégico, com a humanização dos serviços e o monitoramento permanente das ações e programas de atenção e vigilância em saúde.
- d) Fortalecer as redes de atenção básica, média e alta complexidade em saúde, através da modernização, reestruturação e ampliação da cobertura, de acordo com os padrões e critérios do SUS, contemplando a construção, reorganização da gestão das unidades para atender adequadamente a demanda existente e projetada no território.
- e) Garantir a assistência farmacêutica e insumos estratégicos, conforme regras estabelecidas pelo SUS.
- f) Implantação e fortalecimento de Políticas Estratégicas e Rede Prioritária do SUS.

No que se refere à Atenção Primária em Saúde, o PPA (2022-2025) prevê a meta de fortalecer a APS, que em 2022 possui cobertura de 48% da população do município, visando que esta seja ampliada para 70% até o ano de 2025.

No campo do Controle Social, o município conta com Conselho Municipal de Saúde em atividade, tendo realizado entre maio e junho de 2022, a XV Conferência Municipal de Saúde com o tema: “ O Sus e Controle Social resistem em meio a pandemia da Covid-19”.

Em setembro de 2022 foi finalizado o relatório da conferência com a indicação de prioridades para a versão final do Plano Municipal de Saúde (2022-2025). Este documento deve ser alvo de apropriação dos diferentes segmentos da sociedade e de instâncias fiscalizadoras, visando impulsionar a efetivação de suas previsões.

Particularmente com relação à Atenção Básica, o relatório da Conferência aponta várias diretrizes que se dirigem diretamente à AB e outras que a atingem de forma indireta. Entre as diretrizes que estão relacionadas diretamente à atenção básica destacamos:

DIRETRIZ 1: Fortalecimento da política de atenção básica em saúde no município.

DIRETRIZ 02: Ampliação do acesso do usuário e acompanhamento dos seus indicadores de saúde, elencando suas necessidades no âmbito da Diretoria da Atenção Especializada (DAE).

DIRETRIZ 03: Implementação das Políticas Estratégicas e redes prioritárias de Saúde
Implementação das Políticas Estratégicas de redes e serviços prioritários de Saúde.

DIRETRIZ 04: Incremento de ações e serviços de Vigilância em Saúde e de Imunização do Município.

DIRETRIZ 5: Garantia e estruturação da Política de Assistência Farmacêutica no município.

DIRETRIZ 6: Fortalecimento da Gestão Municipal de Saúde.

Nas diretrizes acima, estão previstas inúmeras ações que efetivamente apontam melhorias significativas à Rede de Saúde, a exemplo da ampliação de ESFs e de EAPs, ampliação e fortalecimento da rede de saúde bucal, ações para fortalecimento da atenção pré-natal, ampliação das estratégias de gestão e de vigilância em saúde, ampliação das estratégias de busca ativa para casos de contatos de pacientes com tuberculose, censo da população do município com deficiência, realização de uma plenária anual do Conselho municipal de Saúde para monitoramento do Plano Municipal de Saúde, entre outras.

O Relatório da Conferência e a versão final do Plano Municipal de Saúde consistem em importantes documentos para a ação fiscalizadora e impulsionadora de políticas públicas, realizada pelo Ministério Público.

À luz dos elementos acima apresentados, passamos ao detalhamento dos resultados do levantamento, de modo que possamos conhecer a realidade da Atenção Básica em Saúde no município de Olinda.

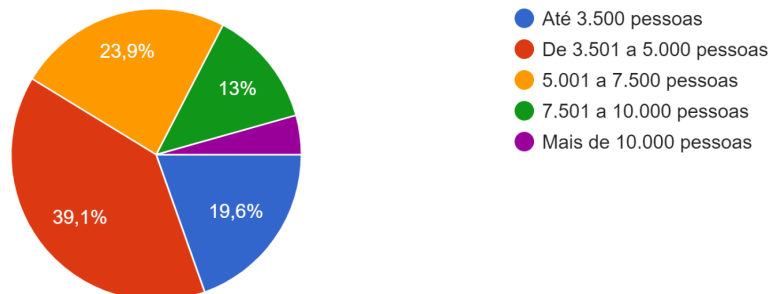
4.2 Resultados do Levantamento

4.2.1 Identificação

No que diz respeito à população adscrita das Unidades pesquisadas, nota-se a predominância de equipamentos de saúde atendendo de 3.501 a 5.000 pessoas, seguidos pelos que atendem de 5.001 a 7.500 munícipes. Apenas uma unidade (2,2% - Cohab Peixinhos II) atende um público superior a 10.000 pessoas, conforme se vê no Gráfico abaixo.

1.5 População adscrita da Unidade

46 respostas



Quanto ao horário de funcionamento da Unidade, 76% das gestoras disseram que funcionava das 8h às 17h, enquanto 22% apontaram funcionar das 7h às 17h. Apenas a gestora da Base Rural informou funcionarem das 8h às 14h. Apenas seis Unidades (13%) possuem telefone próprio, e mesmo assim, sem funcionar. Em contrapartida, segundo as gestoras participantes, todas as Unidades possuem acesso à Internet. Do total de Unidades, cinco delas (11%) possuem anexo ou unidade de apoio. Quanto às gestoras, todas informaram possuir curso superior, três delas destacando serem especialistas. A grande maioria é enfermeira, e cinco participantes não especificaram a área de formação.

4.2.2 Estrutura Física, Equipamentos, Insumos e Medicamentos

Acerca da Ambiência e da Acessibilidade das Unidades, observa-se que 78% oferece espaço físico acolhedor e saudável, enquanto em 70% consta sinalização de fluxos no Quadro de Avisos. Os demais itens referentes a este Quadro constam em mais de 90% das Unidades. Em quatro delas (9%) não constam cadeiras na recepção, enquanto rampa de acesso existe em dois terços do total de Unidades. 72% possui portas aptas a cadeiras de roda, 52% possui banheiro adaptado a cadeirante e apenas 26%, corrimão nas rampas de acesso. Nenhuma das Unidades possui intérprete de LIBRAS de referência, que possa ser acionado quando necessário. Todos estes resultados encontram-se na Tabela 01.

Tabela 01 - Ambiência e Acessibilidade		
		(Continua)
	nº de Unidades	% de Sim
2.1 Espaço físico acolhedor e saudável	36	78%
2.2 Recepção com cadeiras	42	91%
2.3 Quadro de Avisos (QA) com identificação dos serviços existentes	45	98%
2.4 Consta escala dos profissionais no QA	43	93%

Tabela 01 - Ambiência e Acessibilidade		
	(Conclusão)	
	nº de Unidades	% de Sim
2.5 Constam os horários de funcionamento no QA	44	96%
2.6 Consta sinalização de fluxos no QA	32	70%
2.7 Rampa de acesso	31	67%
2.8 Corrimão nas rampas de acesso	12	26%
2.9 Porta apta a cadeira de rodas	33	72%
2.10 Banheiro adaptado para cadeirante	24	52%
2.11 Intérprete de LIBRAS de referência, que possa ser acionado.	0	0%

Quanto ao Ambiente, nenhum dos itens foi contemplado na totalidade das Unidades, sendo sala de vacinas, consultório médico, consultório de enfermagem e banheiro para o público os espaços mais funcionais em mais de 90% das Unidades, seguidos por área para assistência farmacêutica e banheiro para profissionais (ambos funcionais em 89% das Unidades). Sala de curativos e sala de procedimentos apresentaram condições em 87% e 80% dos espaços avaliados, respectivamente, enquanto sala de atividades coletivas e sala ou espaço de acolhimento e triagem foram reportados presentes e funcionais em 63% das Unidades pelas gestoras participantes. Os espaços mais ausentes ou fora de uso foram: sala de expurgo, espaço de observação, ambos funcionais em apenas 24% das Unidades; sala de administração, funcional em 20%, e espaço de esterilização, funcional em boas condições em apenas 17% das Unidades de Saúde. Estes achados encontram-se resumidos na Tabela 02.

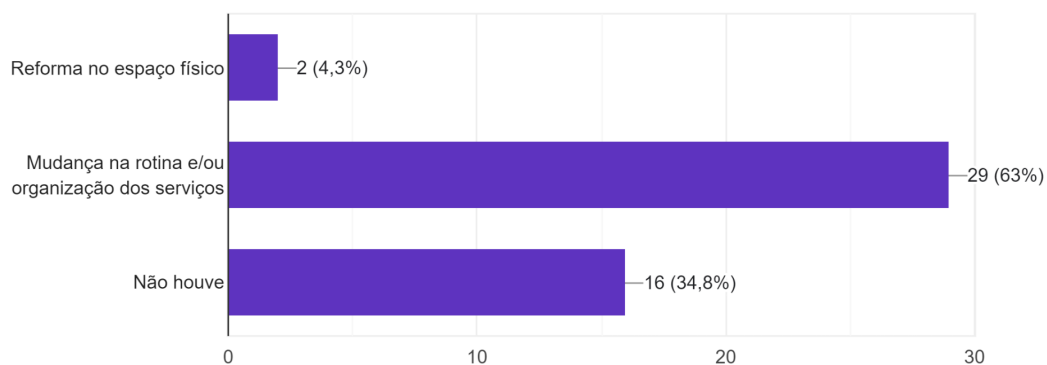
Tabela 02 - Condições do Ambiente				
	nº de Unidades			(Continua)
	Não dispõe	Fora de uso	Boas condições	% Boas condições
2.12 Consultório médico	0	2	44	96%
2.13 Consultório de enfermagem	1	2	43	93%
2.14 Consultório odontológico	16	8	22	48%
2.15 Algum dos consultórios possui sanitário	16	3	27	59%
2.16 Sala de procedimentos	5	4	37	80%
2.17 Sala de vacinas	0	1	45	98%
2.18 Área para assistência farmacêutica	2	3	41	89%

Tabela 02 - Condições do Ambiente				(Conclusão)
	nº de Unidades			%
	Não dispõe	Fora de uso	Boas condições	Boas condições
2.19 Sala ou espaço de inalação coletiva	23	3	20	43%
2.20 Sala de coleta/exames	22	2	22	48%
2.21 Sala de curativos	4	2	40	87%
2.22 Sala de expurgo	30	5	11	24%
2.23 Sala ou espaço de esterilização	36	2	8	17%
2.24 Sala ou espaço de observação	32	3	11	24%
2.25 Sala ou espaço de atividades coletivas	15	2	29	63%
2.26 Banheiro para o público	0	3	43	93%
2.27 Banheiro para profissionais	2	3	41	89%
2.28 Sala de administração	37	0	9	20%
2.29 Sala ou espaço para arquivos e registros	19	1	26	57%
2.30 Sala ou espaço de acolhimento a demanda espontânea (triagem)	16	1	29	63%

Se por ocasião da Pandemia, houve algum tipo de readequação nas Unidades, foi reportado que reforma no espaço físico ocorreu em apenas 02 Unidades, enquanto mudança na rotina ou organização do espaço aconteceu em 29 Unidades (63%), sendo que outras 16 Unidades (35%), nenhuma mudança foi efetivada. Eis o que mostra o Gráfico abaixo.

2.31 Diante da Pandemia, houve acréscimo ou adequação na estrutura da Unidade?

46 respostas



Dentre os equipamentos e instrumentos avaliados, observa-se que geladeira para guarda de vacinas (100%), tablet para uso de agente comunitária de saúde (98%), estetoscópio (96%) e balança para adultos (93%) estão disponíveis na grande maioria das Unidades, restando em falta quase absoluta o oftalmoscópio (apenas 4% das Unidades) e menos problemático o item otoscópio, presente na metade das Unidades avaliadas. Estes e outros achados podem ser vistos na Tabela 03.

Tabela 03 - Operacionalidade de Equipamentos e Instrumentos				
	nº de Unidades			%
	Não dispõe	Dispõe mas inoperante	Dispõe operante	Dispõe operante
2.32 Aparelho aferidor de pressão	2	8	36	78%
2.33 Estetoscópio	2	0	44	96%
2.34 Termômetro	11	3	32	70%
2.35 Balança infantil	5	1	40	87%
2.36 Balança para adultos	2	1	43	93%
2.37 Oftalmoscópio	39	5	2	4%
2.38 Otoscópio	10	13	23	50%
2.39 Glicosímetro	5	4	37	80%
2.40 Nebulizador	12	5	29	63%
2.41 Geladeira exclusiva para guarda de vacinas	0	0	46	100%
2.42 Tablet para uso de Agente Comunitária(o) de Saúde (ACS)	1	0	45	98%

Quanto aos equipamentos gineco-obstétricos básicos, os mais ausentes foram: relógio (presentes em apenas 41% das Unidades), sonar fetal e gel (presentes em 76% das Unidades, e 10 delas não dispoem do equipamento), tensiômetro (presente em 78% das Unidades). Os demais itens encontram-se na maioria das Unidades, mas nenhum deles totalmente operante na totalidade das Unidades. Estes resultados estão na Tabela 04.

	n° de Unidades			%
	Não dispõe	Dispõe mas inoperante	Dispõe operante	Dispõe operante
2.43 Mesa	0	1	45	98%
2.44 Tensiômetro	5	5	36	78%
2.45 Espéculo	1	1	44	96%
2.46 Foco	1	1	44	96%
2.47 Estetoscópio de Pinard	6	0	40	87%
2.48 Sonar fetal e Gel	10	1	35	76%
2.49 Oxímetro	8	0	38	83%
2.50 Fita métrica	1	0	45	98%
2.51 Relógio	27	0	19	41%

No tocante aos equipamentos odontológicos, os itens se mostram faltantes no geral, pois a disponibilidade operante dos itens mais frequentes (refletor e mocho) só chegou a 54% das Unidades. Cadeira e compressor estão presentes e operantes em metade das Unidades avaliadas, enquanto equipo e autoclave, ambos em 41%, e estufa presente e operante em apenas 15% das Unidades. Eis o que apresenta a Tabela 05.

	n° de Unidades			%
	Não dispõe	Dispõe mas inoperante	Dispõe operante	Dispõe operante
2.52 Equipo	26	1	19	41%
2.53 Cadeira	21	2	23	50%
2.54 Refletor	21	0	25	54%
2.55 Mocho	21	0	25	54%
2.56 Estufa	39	0	7	15%
2.57 Autoclave	26	1	19	41%
2.58 Compressor	23	0	23	50%
2.59 Caneta	23	1	22	48%

Em termos de materiais descartáveis e outros insumos, nota-se que todos os itens avaliados estão em falta em pelo menos uma Unidade, sendo material para pequena cirurgia (disponível em apenas uma USF) e fios de sutura (em número suficiente em apenas

11% das Unidades) os mais problemáticos. Gaze e Equipamento de Proteção Individual também se mostraram com um percentual baixo de suficiência nas Unidades: 33% e 39%, respectivamente. Os itens mais disponíveis suficientemente são seringas e agulhas, com os percentuais de 89% e 87%, respectivamente. Estes e outros itens podem ser conferidos na Tabela 06.

	nº de Unidades			%
	Em falta no momento	Dispõe mas não suficientemente	Dispõe suficientemente	Suficiência
2.60 Algodão	3	10	33	72%
2.61 Gaze	16	15	15	33%
2.62 Esparadrapo	6	16	24	52%
2.63 Agulhas	3	3	40	87%
2.64 Seringas	1	4	41	89%
2.65 Luvas	2	16	28	61%
2.66 Fios de sutura	40	1	5	11%
2.67 Material para retirada de pontos	20	5	21	46%
2.68 Material para pequena cirurgia	44	1	1	2%
2.69 Máscaras	4	22	20	43%
2.70 Álcool a 70% (para o público)	10	17	19	41%
2.71 Álcool a 70% (para os profissionais)	6	19	21	46%
2.72 Equipamento de Proteção Individual para realização de visitas	9	19	18	39%

Em relação ao suprimento de medicações, houve um número substancial de ausência de respostas, talvez em razão do formato da questão, conforme o sistema informatizado utilizado, que pode ter gerado uma configuração dificultosa (em plataformas de celulares, por exemplo), prejudicando a correta marcação das respostas aos itens. Assim, os percentuais de suficiência estão atrelados ao número de respostas dadas em cada item, conforme o critério de validade adotado⁸, ou seja, desconsiderando-se as linhas marcadas em cinza na Tabela 07.

Examinando-se a referida Tabela, nota-se que nenhum item de medicamentos encontra-se totalmente suficiente em nenhuma das Unidades avaliadas, sendo os mais presentes: analgésico infantil, antitérmico infantil, pomada ginecológica adulto, antiinflamatório infantil e antibiótico infantil, com relativa suficiência em 89%, 86%, 85%,

⁸ Considerando uma população de 46 Unidades, com distribuição heterogênea, erro amostral de 10% e nível de confiança de 95%, chegou-se a uma amostra de 32 Unidades, que foi o número mínimo de entradas para que o percentual do item fosse considerado válido na Tabela 07. Calculadora amostral utilizada: [Calculadora Amostral - Comentto](#)

83% e 82%, respectivamente, das Unidades consideradas. Anticonvulsivante, tanto infantil quanto adulto, foram os itens mais insuficientes (ambos no percentual de 6% das Unidades) dentre os que foram avaliados.

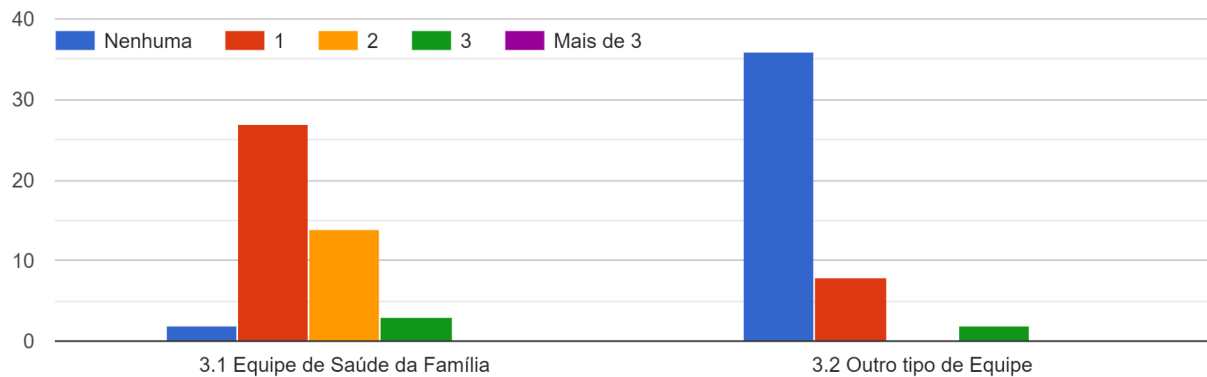
	n° de respostas ao item	n° de Unidades			%
		Em falta no momento	Dispõe mas não suficientemente	Dispõe suficientemente	Suficiência
2.73a Infantil Analgésico	44	1	4	39	89%
2.73b Adulto Analgésico	31	0	5	26	84%
2.74a Infantil Antitérmico	44	2	4	38	86%
2.74b Adulto Antitérmico	30	0	5	25	83%
2.75a Infantil Antibiótico	45	0	8	37	82%
2.75b Adulto Antibiótico	31	0	11	20	65%
2.76a Infantil Antiulceroso	34	20	6	8	24%
2.76b Adulto Antiulceroso	32	19	7	6	19%
2.77a Infantil Antiinflamatório	40	0	7	33	83%
2.77b Adulto Antiinflamatório	32	1	12	19	59%
2.78a Infantil Anticonvulsivante	32	28	2	2	6%
2.78b Adulto Anticonvulsivante	35	32	1	2	6%
2.79a Infantil Anti Hipertensivo	28	15	3	10	36%
2.79b Adulto Anti Hipertensivo	34	3	21	10	29%
2.80a Infantil Hipoglicemiante Oral	31	17	5	9	29%
2.80b Adulto Hipoglicemiante Oral	28	3	14	11	39%
2.81a Infantil Pomada ginecológica	23	6	2	15	65%
2.81b Adulto Pomada ginecológica	33	0	5	28	85%
2.82a Infantil Pomada dermatológica	13	1	1	11	85%
2.82b Adulto Pomada dermatológica	12	0	1	11	92%

4.2.3 Profissionais de Saúde

No tocante ao número de equipes de saúde das Unidades em função do tipo, observa-se evidentemente uma predominância de Equipes de Saúde da Família. Sendo ESF

e contendo apenas uma equipe são 27 Unidades (59%), seguidas por 14 Unidades contendo duas equipes (30%) e 03 contendo três equipes (7%). Quanto a outros tipos de equipe, 08 Unidades se apresentam contendo uma dessas equipes (17%), enquanto 02 Unidades apresentam-se dispondo de duas dessas outras equipes (4%). Estes resultados podem ser vistos no Gráfico abaixo.

Nº de Equipes da Unidade por tipo



A média de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi de 7,54 por Unidade de Saúde, variando de 0 a 23 desses profissionais, enquanto a média de Agentes de Combate às Endemias (ACE) foi de 2,78 por Unidade de Saúde, variando de 0 a 11 profissionais.

Seguindo com a descrição dos trabalhadores da saúde, vê-se na Tabela 08 que enfermeiras e técnicas de enfermagem estão presentes numa média de 1,33 por Unidade, enquanto para as demais categorias incluídas, em média há menos de um(a) profissional por Unidade. Especificamente, cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal faltam, ambos, em 17 Unidades (37%), farmacêutico, em 39 Unidades (85%), vigilante diurno em 15 Unidades (33%) e vigilante noturno em 32 Unidades (70%). Por outro lado, auxiliar de serviços gerais está ausente em apenas 04 Unidades (9%), enquanto a indicação 'outro profissional' está presente para 57% das Unidades.

O número médio de profissionais em geral por Unidade é 16,76, variando de 05 a 38 trabalhadores da saúde, havendo concursados e aqueles com formação em saúde da família em todos os postos de trabalho, exceto em 03 Unidades.

A média de trabalhadores concursados é 6,43, variando de 0 a 24, enquanto a de profissionais com formação em saúde da família ficou em 1,78, variando de 0 a 8. Todos estes achados podem ser verificados na Tabela 08.

	Média	Mín.	Máx.	Desv. Padrão
3.5 Enfermeiro(a)	1,33	0	3	0,56
3.6 Auxiliar/Técnico de enfermagem	1,33	0	3	0,56
3.7 Cirurgião-dentista	0,74	0	2	0,65
3.8 Auxiliar/Técnico de saúde bucal	0,72	0	2	0,62
3.9 Farmacêutico(a)	0,17	0	2	0,44
3.10 Vigilante diurno	0,74	0	2	0,57
3.11 Vigilante noturno	0,46	0	2	0,75
3.12 Auxiliar de serviços gerais	0,98	0	2	0,39
3.13 Outro	0,74	0	3	0,80
3.14 Nº total de profissionais da Unidade	16,76	5	38	7,92
3.15 Nº de profissionais concursados da Unidade	6,43	0	24	5,67
3.16 Nº de profissionais da Unidade com formação em saúde da família	1,78	0	8	1,28

A seguir, apresenta-se uma tabela contendo o quantitativo de médicos por cada Unidade de Saúde avaliada.

	Nº de equipes de SF	Nº de outra equipe	Médico de SF	Clínico(a) geral	Pediatra	Psiquiatra	Outra especialidade	Total de médicos
Bonsucesso 1	1	0	0	1	0	0	0	1
Alto da Bondade 2	1	0	0	1	0	0	0	1
Azeitona 1	1	0	0	1	0	0	0	1
Jardim Brasil 5	2	0	1	1	0	0	0	2
Torres Galvão	1	0	1	0	0	0	0	1
Alto da Bondade 1	1	0	0	1	0	0	0	1
Águas Compridas 3	1	0	1	1	0	0	0	2
Alto do Cajueiro	1	0	1	0	0	0	0	1
Vila Tamandaré	1	0	0	1	0	0	0	1
Alto do Sol Nascente	1	1	1	1	0	0	0	2
Ilha do Maruim	1	0	1	0	0	0	0	1

Tabela 09 - Quantitativo de médicos(as) por especialidade por cada Unidades de Saúde
(Continua)

	Nº de equipes de SF	Nº de outra equipe	Médico de SF	Clínico(a) geral	Pediatra	Psiquiatra	Outra especialidade	Total de médicos
Vila São Bento	1	0	0	1	0	0	0	1
Azeitona 2	1	0	0	1	0	0	0	1
Tabajara 2	1	0	0	1	0	0	0	1
Bultrins Monte 2	2	0	1	1	0	0	0	2
Asa Branca - Rio Doce	1	0	1	0	0	0	0	1
Alto Nova Olinda	1	0	0	0	0	0	0	0
Monte 1	2	0	1	1	0	0	0	2
Ilha de Santana 2	2	1	0	1	0	0	0	1
Base Rural	1	0	0	1	0	0	0	1
Alto da Mina	1	1	0	1	0	0	0	1
Jatobá	1	0	0	1	0	0	0	1
Ouro Preto	1	0	0	1	0	0	0	1
Passarinho	1	0	1	0	0	0	0	1
Jardim Brasil 2	2	0	0	1	0	0	0	1
7º RO	1	0	0	1	0	0	0	1
Bonsucesso 2	1	0	0	1	0	0	0	1
Vila Popular	1	0	1	0	0	0	0	1
beira mangue 2	2	0	1	0	0	0	0	1
Tabajara 1	1	1	0	1	0	0	0	1
Sapucaia 1	1	0	1	0	0	0	0	1
Jardim Atlântico	0	0	1	0	0	0	0	1
Amaro branco	1	0	0	1	0	0	0	1
Jardim fragoso 1 e 2	2	0	0	1	0	0	0	1
Cohab Peixinhos 2	3	0	1	0	0	0	0	1
Vila Manchete	1	0	0	0	0	0	0	0
Caixa D'água 1 e 2	2	0	1	0	0	0	0	1
EAP Jardim Brasil 1	0	1	0	1	0	0	0	1
EAP alto da mina	0	1	0	1	0	0	0	1
EAP Alto sol nascente	0	1	0	1	0	0	0	1
Alto da conquista 1 e 2	2	1	0	1	0	0	0	1

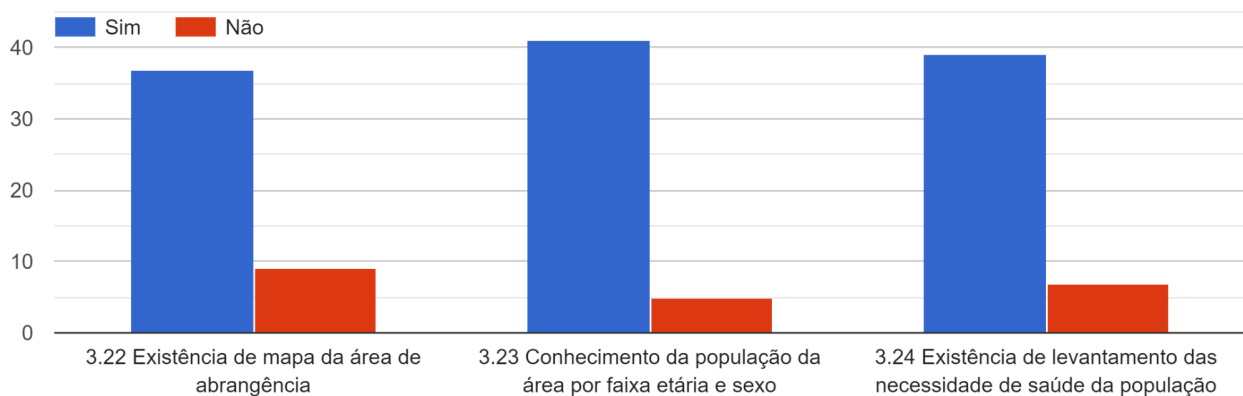
Tabela 09 - Quantitativo de médicos(as) por especialidade por cada Unidades de Saúde (Conclusão)

	Nº de equipes de SF	Nº de outra equipe	Médico de SF	Clínico(a) geral	Pediatra	Psiquiatra	Outra especialidade	Total de médicos
Varadouro	2	0	1	0	0	0	0	1
Águas Compridas 1 e 2	2	0	1	0	0	0	0	1
Salgadinho / Sítio Novo	2	1	0	1	0	0	0	1
Sapucaia 2 e 3	2	0	1	0	0	0	0	1
Rio Doce V etapa	2	1	1	1	0	0	0	2
TOTAL	58	14	20	30	0	0	0	50

Nota: SF = Saúde da Família

Ainda no que tange aos profissionais de saúde, perguntou-se sobre o conhecimento da área de abrangência, a partir do que se observa que 80% das gestoras das Unidades assinalou possuir mapa da área de abrangência, enquanto 89% das mesmas o fez relativo a conhecimento da população do território por faixa etária e sexo, e ainda 85% destas gestoras afirmaram existir levantamento das necessidade de saúde da população. Estes resultados estão, em números absolutos, resumidos no Gráfico abaixo.

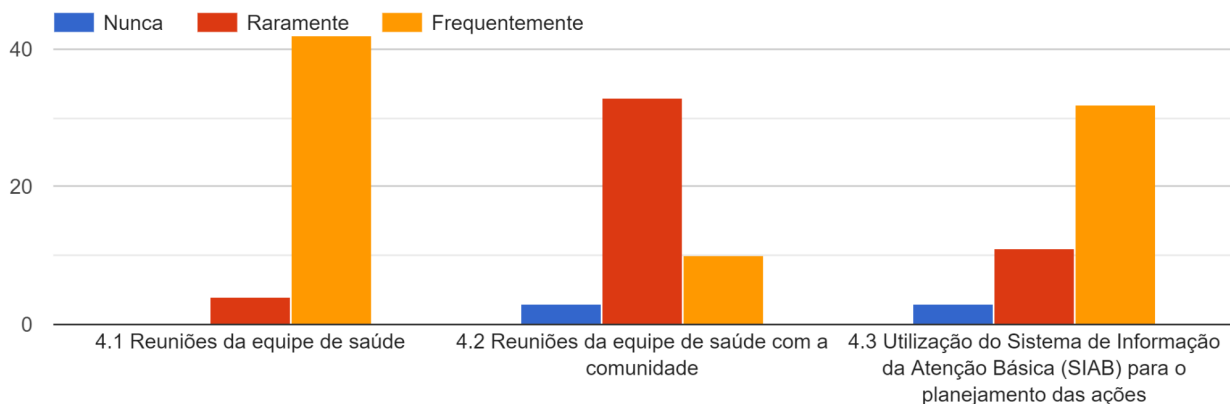
Conhecimento da área de abrangência da Unidade



4.2.4. Planejamento e Ações Realizadas

Já no tocante ao planejamento e ações realizadas, levantou-se que as reuniões da equipe de saúde são efetivadas frequentemente em 91% das Unidades, enquanto as reuniões da equipe de saúde com a comunidade são realizadas frequentemente por 22% e raramente por 72% das Unidades, com 03 postos não realizando este tipo de reunião. Em relação à utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para o planejamento das ações, obteve-se que essa utilização é efetivada frequentemente em 67% das Unidades, e raramente por 24% das mesmas, enquanto 03 Unidades não utilizam o referido Sistema. Estes achados estão indicados no gráfico abaixo.

Planejamento



Sobre as ações desenvolvidas pela Unidade, conforme atuação de medicina e/ou de enfermagem, segue-se a Tabela 10. Cabe observar que algumas respostas aos itens constantes nesta tabela tiveram respostas inválidas⁹, alterando o número de respostas. Assim, levando em conta as respostas válidas, observou-se que 03 Unidades não realizam ações de pediatria, enquanto clínica médica, ginecologia, obstetrícia, prevenção a câncer de colo de útero e visita domiciliar não são realizadas em 01 Unidade.

Ações predominantemente realizadas por médico(a) foram: clínica médica (em 70% das Unidades), diagnóstico e tratamento de transtorno mental (em 64% das Unidades) e pediatria (em 50% das Unidades).

Por outro lado, ações predominantes da enfermagem foram: prevenção a câncer de colo de útero (em 70% das Unidades) e consulta de acompanhamento e desenvolvimento de menor de 2 anos (em 61% das Unidades). Como ações realizadas

⁹ Respostas incoerentes do tipo: assinalou ao mesmo tempo “não realizada” e “realizada por enfermeiro”, ou ausência de respostas (item deixado sem assinalar).

pelos áreas médica e de enfermagem em conjunto, destacaram-se a visita domiciliar (em 87% das Unidades), diagnóstico e tratamento de tuberculose (em 80% das Unidades), diagnóstico e tratamento de hanseníase (em 76% das Unidades), seguidos por ginecologia e obstetrícia, ambas realizadas em conjunto em 65% das Unidades de Saúde. Estas e outras ações podem ser conferidas na Tabela 10.

Tabela 10 - Nº de Unidades por Ações desenvolvidas em Medicina e Enfermagem					
	nº de respostas ao item	Não realizada	Profissionais envolvidos(as)		
			Ação realizada p. médico(a)	Ação realizada p. enfermeiro(a)	Ação realizada por médico(a) e por enfermeiro(a)
4.4 Clínica médica	46	1	32	0	13
4.5 Pediatria	46	3	23	2	18
4.6 Consulta de acompanhamento e desenvolvimento de criança com menos de dois anos	46	0	0	28	18
4.7 Ginecologia	45	1	2	12	30
4.8 Obstetrícia	44	1	3	10	30
4.9 Visita domiciliar	44	1	0	3	40
4.10 Prevenção a câncer de colo de útero	44	1	0	32	11
4.11 Diagnóstico e tratamento de Diabetes	43	0	18	1	24
4.12 Diagnóstico e tratamento de Hipertensão Arterial	43	0	16	1	26
4.13 Diagnóstico e tratamento de Hanseníase	42	0	6	1	35
4.14 Diagnóstico e tratamento de Tuberculose	42	0	2	3	37
4.15 Diagnóstico e tratamento de Transtorno Mental	45	0	29	4	12

A Tabela 11 mostra o percentual de outras ações realizadas pelas Unidades de Saúde, onde se pode notar maior déficit em planejamento familiar com adolescentes (15 [33%] Unidades não realizando), grupo hiperdia (14 [30%] não realizando) e ações em saúde bucal (13 [28%] Unidades não realizando). No caso das ações de saúde bucal vê-se que 12 (26%) Unidades as realizam através de outra unidade de referência. Os achados referentes a estas e outras ações realizadas podem ser conferidos na Tabela 11.

	nº de Unidades			%
	Suspensa no momento	Realizada em outra Unidade de Referência	Realizada na Unidade	Realização
4.16 Imunização de rotina	0	0	46	100%
4.17 Ações educativas	7	0	39	85%
4.18 Grupo hiperdia	14	1	31	70%
4.19 Planejamento familiar com adolescentes	15	1	30	67%
4.20 Planejamento familiar com adultos	7	1	38	85%
4.21 Entrega/Dispensação de insumos e medicamentos	2	0	44	96%
4.22 Ações em saúde bucal	13	12	21	72%
4.23 Vigilância epidemiológica: notificação de doenças	2	3	41	96%
4.24 Vigilância epidemiológica: investigação de óbitos	4	6	36	91%

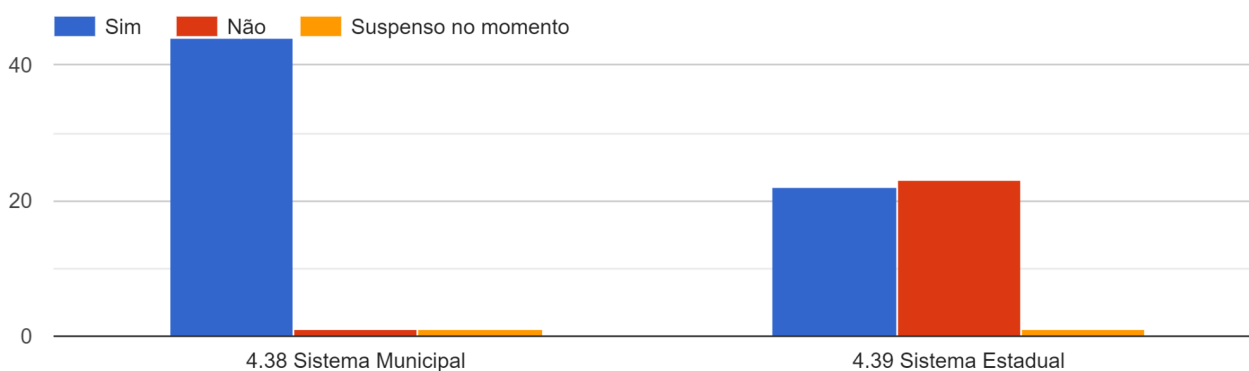
No que concerne à frequência de capacitação de profissionais em função das temáticas de saúde, vê-se na Tabela 12 que nenhuma das Unidades apresenta alta frequência em nenhuma das temáticas. As temáticas em que houve maior frequência de capacitações foram: imunização de crianças, tuberculose, hanseníase e ações de prevenção à Covid-19, assinalado como “frequentemente” por 65%, 65%, 63% e 61% das Unidades, respectivamente. À parte a temática classificada como “Outra”, as menores frequências de capacitação de profissionais estão nas temáticas: doenças próprias da infância, saúde do(a) adolescente e saúde da pessoa idosa, assinalado como “frequentemente” por 33%, 33%, e 37% das Unidades, respectivamente.

	nº de Unidades			%
	Nunca	Raramente	Frequentemente	Frequentemente
4.25 Imunização de crianças	1	15	30	65%
4.26 Doenças próprias da infância	9	22	15	33%
4.27 Saúde da mulher	3	19	24	52%
4.28 Saúde do/a adolescente	8	23	15	33%

	nº de Unidades			%
	Nunca	Raramente	Frequentemente	Frequentemente
4.29 Saúde da pessoa idosa	3	26	17	37%
4.30 Saúde mental	10	23	13	28%
4.31 Hipertensão	8	19	19	41%
4.32 Diabetes	8	19	19	41%
4.33 Tuberculose	3	13	30	65%
4.34 Hanseníase	3	14	29	63%
4.35 Ações de prevenção à Covid-19	8	10	28	61%
4.36 Endemias (degue, zika etc.)	3	22	21	46%
4.37 Outra	22	10	14	30%

Quanto à integração da Unidade com os sistemas de marcação de consultas, observa-se que quase todas mostram-se integradas ao Sistema Municipal (exceto a USF Alto da Conquista 1) e metade delas, integradas ao Sistema Estadual de marcação de consultas. Na USF Cohab Peixinhos 2 ambos os sistemas estão suspensos. O Gráfico abaixo ilustra estes resultados.

A Unidade está integrada aos Sistemas de Marcação de Consultas (especialidades)

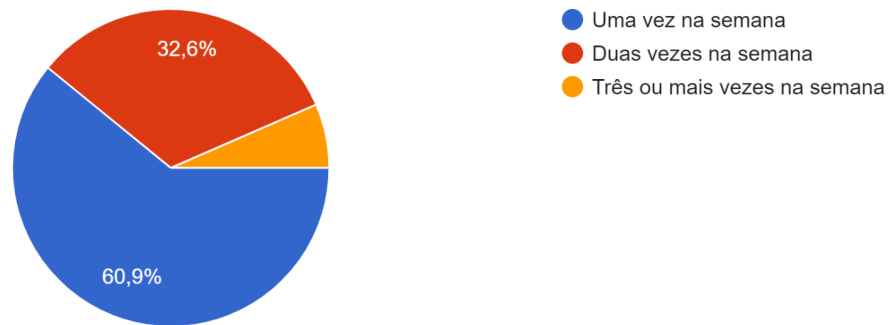


4.2.5 Atenção ao Pré-natal

Observa-se pelo Gráfico abaixo que a maioria das Unidades (61%) realiza consultas de pré-natal com frequência semanal, enquanto outros 33% das Unidades o fazem em duas vezes na semana. Três Unidades reportaram realizar consultas de pré-natal três ou mais vezes na semana: Alto da Bondade I, Jardim Fragoso I e II, e Alto da Conquista I e II.

5.1 Periodicidade das consultas de pré-natal?

46 respostas

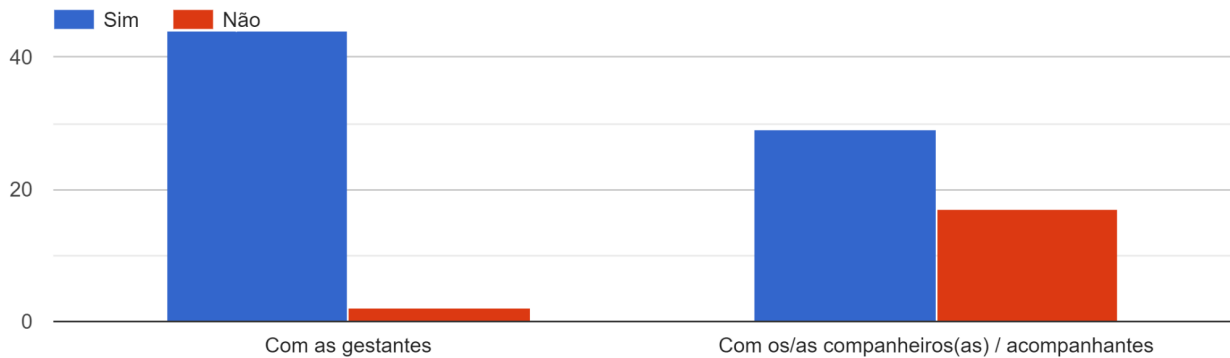


Quanto à participação do(a) médico(a) no acompanhamento de pré-natal, reportou-se que em 02 Unidades (5%) esse profissional não participa, que em 13 Unidades (28%) ele(a) participa quando se identificava algum risco gestacional, e em 30 Unidades (65%) que ele(a) participa alternadamente com o(a) enfermeiro(a).

Em relação à frequência do período gestacional em que ocorrem as primeiras consultas de pré-natal, obteve-se que em 02 Unidades um percentual menor que 30% das consultas de pré-natal eram efetivadas no primeiro trimestre de gestação. Em 22 Unidades o percentual que estas consultas ocorrem ficava entre 30% e 70%, e nas outras 22 Unidades, um percentual acima de 70% das primeiras consultas eram realizadas no primeiro trimestre. Nota-se que ainda ocorrem casos de gestantes que iniciam o pré-natal de forma tardia, lembrando que uma das Metas estabelecidas na Conferência Municipal de Saúde 2022, no tocante ao fortalecimento das ações da Rede Cegonha, é "Fazer busca ativa/rastreio/captar de gestantes em até 120 dias da gestação para início do pré-natal".

Quanto às ações educativas no pré-natal, observa-se no Gráfico abaixo o destaque dessas ações realizadas com as gestantes, uma vez presentes na quase totalidade (96%) das Unidades, enquanto as ações realizadas com os(as) companheiros(as) ou acompanhantes das usuárias foram reportadas por 29 (63%) das Unidades, ficando ainda uma lacuna referente a este público.

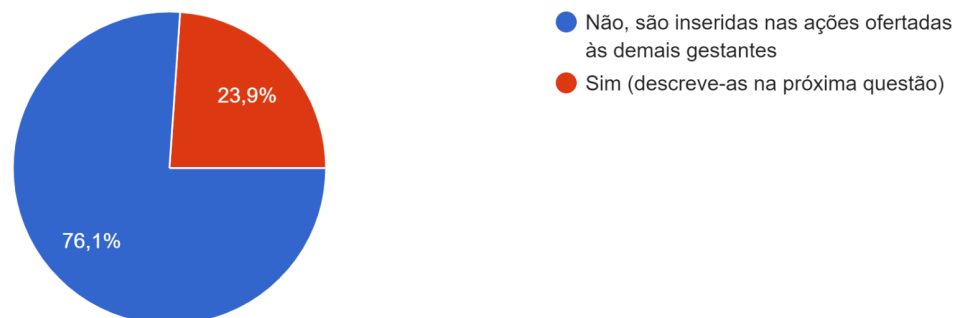
5.4 São realizadas ações educativas no pré-natal



Registra-se ainda que apenas 11 (24%) Unidades reportaram ações específicas para gestantes adolescentes. Dentre as ações reportadas estão: o trabalho com roda de gestantes, orientação sobre planejamento familiar pós-parto, apoio a voltar a estudar, palestras de proteção às DSTs, orientação sobre o calendário vacinal; dieta, puerpério, aleitamento, uso de repelente, protocolo de proteção contra COVID; sexualidade na adolescência, menstruação e higiene; gestação precoce, importância do pré-natal, acompanhamento psicológico; saúde bucal e orientações semelhantes às gestantes adultas, mas com linguagem e acessibilidade para adolescentes.

5.6 Existem ações diferenciadas para gestantes adolescentes?

46 respostas

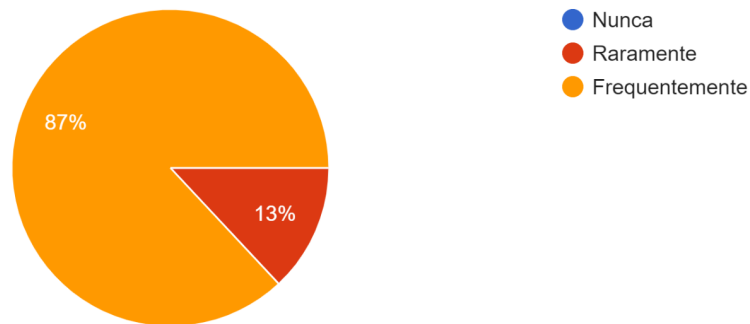


Acerca de ações de planejamento familiar com as gestantes, em apenas 02 Unidades (4%) se reportou não haver, em 9 Unidades (20%) estas ações são realizadas, porém raramente, e em 33 Unidades (72%) elas ocorrem frequentemente. Duas respostas a este item não atenderam ao questionamento solicitado.

Em relação à frequência com que chegam os exames gestacionais, em 40 Unidades (87%) se reportou que eles frequentemente chegam em tempo, enquanto em outras 06 Unidades (13%) os mesmos só raramente chegam em tempo, conforme se vê no Gráfico abaixo.

5.9 Com que frequência os resultados dos exames da gestante chegam em tempo?

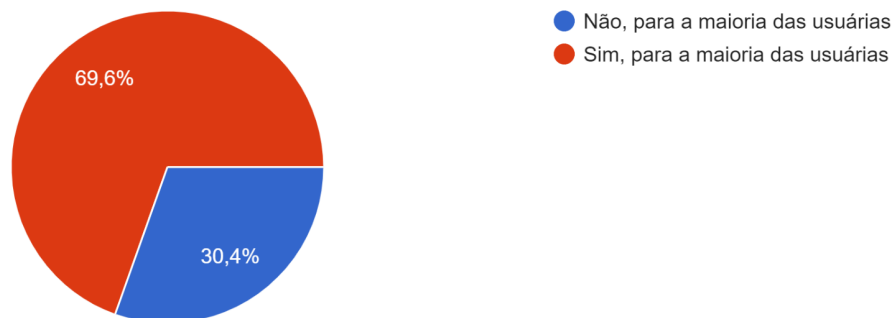
46 respostas



Também se obteve que para 32 Unidades de Saúde (70%) a maioria das gestantes sabem onde darão à luz, enquanto nas demais 14 Unidades a maioria delas não dispõe dessa informação.

5.10 A gestante sabe onde vai dar à luz?

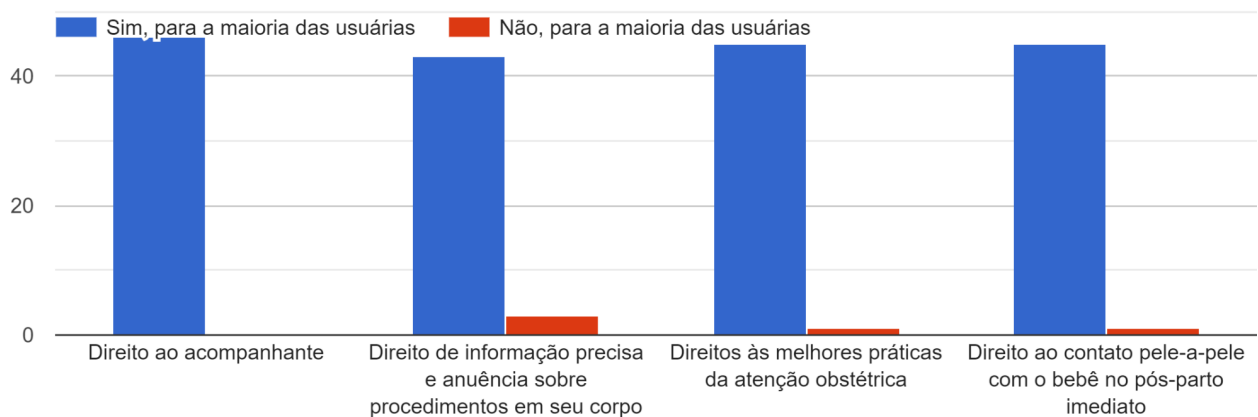
46 respostas



E finalmente, quanto a se, durante o pré-natal, a gestante é orientada sobre seus direitos na atenção ao parto (respostas consideradas para a maioria das usuárias) vê-se que o direito ao acompanhante é informado na totalidade das Unidades. Direito ao contato pele-a-pele mãe-bebê no pós-parto imediato, e o direito às melhores práticas da atenção obstétrica, são ambos informados em todas as Unidades exceto em uma, e o direito à

informação precisa, e anuência sobre procedimentos realizados no corpo da mulher, seria informado em todas, exceto em 03 Unidades (7%). Vale destacar que na USF Bonsucesso II foi reportada a orientação apenas do direito ao acompanhante. Um Gráfico resumindo estes achados encontra-se logo abaixo.

5.11 Durante o pré-natal a gestante é orientada sobre seus direitos na atenção ao parto?



4.2.6 Ranking Comparativo entre as Unidades Avaliadas

4.2.6.1 INDICADORES DE ADEQUAÇÃO (Cf. Portaria MS/GM nº 2.456/2017)

Abaixo segue a Tabela 13, contendo os indicadores específicos (dimensões avaliadas das Unidades), e um índice geral (última coluna à direita) de adequação geral das Unidades. Assim, tem-se um panorama global da condição das Unidades em relação à situação ideal, ou seja, à máxima nota que poderia ser alcançada em cada indicador avaliado.

Tabela 13 - Indicadores Específicos e um Índice Geral de Adequação das Unidades

(Continua)

Unidades de Saúde	Indicadores															
	AAA (Máx.49)		EII (Máx.82)		MED (Máx.20)		PLAN (Máx.11)		ADES (Máx.21)		CAP (Máx.26)		APN (Máx.20)		GERAL (Máx.229)	
	Pont.	Índice	Pont.	Índice	Pont.	Índice	Pont.	Índice	Pont.	Índice	Pont.	Índice	Pont.	Índice	Pont.	Índice
Beira Mangue 2	39	8,0	75	9,1	9	4,5	9	8,2	21	10,0	24	9,2	17	8,5	194	8,5
Rio Doce V etapa	44	9,0	73	8,9	10	5,0	11	10,0	16	7,6	22	8,5	16	8,0	192	8,4
Amaro Branco	41	8,4	68	8,3	12	6,0	10	9,1	20	9,5	24	9,2	13	6,5	188	8,2
Azeitona 1	38	7,8	62	7,6	12	6,0	10	9,1	20	9,5	26	10,0	17	8,5	185	8,1
Águas Compridas 3	44	9,0	72	8,8	8	4,0	8	7,3	13	6,2	26	10,0	14	7,0	185	8,1
Salgadinho / Sítio Novo	41	8,4	54	6,6	12	6,0	10	9,1	21	10,0	26	10,0	16	8,0	180	7,9
Vila Popular	33	6,7	71	8,7	8	4,0	9	8,2	20	9,5	22	8,5	15	7,5	178	7,8
EAP Alto sol nascente	40	8,2	58	7,1	9	4,5	11	10,0	19	9,0	24	9,2	17	8,5	178	7,8
Alto do Sol Nascente	41	8,4	69	8,4	12	6,0	10	9,1	17	8,1	13	5,0	14	7,0	176	7,7
Vila Manchete	35	7,1	66	8,0	12	6,0	9	8,2	21	10,0	16	6,2	17	8,5	176	7,7
EAP alto da mina	38	7,8	58	7,1	11	5,5	11	10,0	19	9,0	22	8,5	17	8,5	176	7,7
Passarinho	34	6,9	59	7,2	16	8,0	8	7,3	19	9,0	23	8,8	16	8,0	175	7,6
Ilha de Santana 2	41	8,4	58	7,1	10	5,0	10	9,1	19	9,0	21	8,1	15	7,5	174	7,6
Asa Branca - Rio Doce	38	7,8	53	6,5	12	6,0	10	9,1	20	9,5	23	8,8	16	8,0	172	7,5
Sapucaia 2 e 3	33	6,7	71	8,7	14	7,0	6	5,5	21	10,0	11	4,2	16	8,0	172	7,5
Jardim Atlântico	33	6,7	58	7,1	12	6,0	11	10,0	15	7,1	26	10,0	16	8,0	171	7,5
Base Rural	45	9,2	56	6,8	11	5,5	8	7,3	21	10,0	10	3,8	17	8,5	168	7,3
Jardim Brasil 2	35	7,1	62	7,6	11	5,5	9	8,2	21	10,0	13	5,0	17	8,5	168	7,3
Ilha do Maruim	32	6,5	56	6,8	12	6,0	9	8,2	20	9,5	23	8,8	15	7,5	167	7,3
Alto da Bondade 2	36	7,3	54	6,6	9	4,5	11	10,0	17	8,1	17	6,5	18	9,0	162	7,1

Tabela 13 - Indicadores específicos e um índice geral de adequação das Unidades

(Continua)

Unidades de Saúde	Indicadores															
	AAA (Máx.49)		EII (Máx.82)		MED (Máx.20)		PLAN (Máx.11)		ADES (Máx.21)		CAP (Máx.26)		APN (Máx.20)		GERAL (Máx.229)	
	nota Obtida	Índice	nota Obtida	Índice	nota Obtida	Índice	nota Obtida	Índice	nota Obtida	Índice	nota Obtida	Índice	nota Obtida	Índice	nota Obtida	Índice
Azeitona 2	32	6,5	62	7,6	9	4,5	11	10,0	21	10,0	9	3,5	17	8,5	161	7,0
Alto da mina	36	7,3	54	6,6	8	4,0	10	9,1	21	10,0	17	6,5	14	7,0	160	7,0
Tabajara 1	35	7,1	50	6,1	6	3,0	9	8,2	17	8,1	26	10,0	16	8,0	159	6,9
Alto da Conquista 1 e 2	31	6,3	64	7,8	13	6,5	8	7,3	21	10,0	2	0,8	20	10,0	159	6,9
Varadouro	25	5,1	70	8,5	9	4,5	8	7,3	19	9,0	10	3,8	18	9,0	159	6,9
Jardim Brasil 5	35	7,1	49	6,0	6	3,0	6	5,5	19	9,0	26	10,0	16	8,0	157	6,9
Sapucaia 1	32	6,5	57	7,0	6	3,0	6	5,5	19	9,0	17	6,5	14	7,0	151	6,6
Ouro Preto	36	7,3	57	7,0	14	7,0	4	3,6	16	7,6	10	3,8	13	6,5	150	6,6
Jardim fragoso 1 e 2	37	7,6	30	3,7	8	4,0	8	7,3	20	9,5	26	10,0	18	9,0	147	6,4
Alto da Bondade 1	24	4,9	45	5,5	10	5,0	10	9,1	20	9,5	18	6,9	19	9,5	146	6,4
Vila Tamandaré	26	5,3	38	4,6	11	5,5	8	7,3	21	10,0	26	10,0	16	8,0	146	6,4
Águas Compridas 1 e 2	24	4,9	63	7,7	11	5,5	7	6,4	16	7,6	10	3,8	15	7,5	146	6,4
Alto do Cajueiro	33	6,7	48	5,9	16	8,0	10	9,1	17	8,1	3	1,2	17	8,5	144	6,3
Vila São Bento	29	5,9	53	6,5	5	2,5	6	5,5	19	9,0	15	5,8	17	8,5	144	6,3
7º RO	29	5,9	53	6,5	9	4,5	8	7,3	20	9,5	11	4,2	14	7,0	144	6,3
Tabajara 2	19	3,9	58	7,1	12	6,0	8	7,3	20	9,5	10	3,8	15	7,5	142	6,2
Bonsucesso 1	19	3,9	62	7,6	4,01	2,0	9	8,2	18	8,6	14	5,4	15	7,5	141	6,2
Torres Galvão	35	7,1	52	6,3	8	4,0	10	9,1	13	6,2	8	3,1	15	7,5	141	6,2
Monte 1	31	6,3	37	4,5	7	3,5	9	8,2	19	9,0	26	10,0	12	6,0	141	6,2
Cohab Peixinhos 2	30	6,1	45	5,5	11	5,5	8	7,3	21	10,0	11	4,2	11	5,5	137	6,0
EAP Jardim Brasil 1	23	4,7	48	5,9	10	5,0	7	6,4	20	9,5	13	5,0	15	7,5	136	5,9
Caixa D'água 1 e 2	16	3,3	49	6,0	3,01	1,5	9	8,2	21	10,0	13	5,0	18	9,0	129	5,6

Tabela 13 - Indicadores específicos e um índice geral de adequação das Unidades (Conclusão)

Unidades de Saúde	Indicadores															
	AAA (Máx.49)		EII (Máx.82)		MED (Máx.20)		PLAN (Máx.11)		ADES (Máx.21)		CAP (Máx.26)		APN (Máx.20)		GERAL (Máx.229)	
	nota Obtida	Índice	nota Obtida	Índice	nota Obtida	Índice	nota Obtida	Índice	nota Obtida	Índice	nota Obtida	Índice	nota Obtida	Índice	nota Obtida	Índice
Alto Nova Olinda	23	4,7	41	5,0	11	5,5	8	7,3	18	8,6	14	5,4	11	5,5	126	5,5
Bultrins Monte 2	30	6,1	38	4,6	7	3,5	6	5,5	17	8,1	14	5,4	11	5,5	123	5,4
Bonsucesso 2	24	4,9	37	4,5	11	5,5	8	7,3	20	9,5	15	5,8	7	3,5	122	5,3
Jatobá	13	2,7	33	4,0	13	6,5	8	7,3	19	9,0	7	2,7	15	7,5	108	4,7

Nota: **AAA** - Ambiência, Acessibilidade e Ambiente; **EII** - Equipamentos, Instrumentos e Insumos; **MED** - Medicamentos; **PLAN** - Planejamento e gestão; **ADES** - Ações Desenvolvidas pela Unidade; **CAP** - Capacitações para as equipes/profissionais; **APN** - Atenção ao Pré-natal; **GERAL** - média dos demais indicadores. Fornece um valor comparativo entre as Unidades.

4.2.6.2 INDICADOR DE QUALIDADE

Para além do índice de adequação das Unidades/EAPs avaliadas, baseado nas dimensões constantes na Tabela 13 (AAA, EII, MED, PLAN, ADES, CAP e APN), elaborou-se a Tabela 14, a fim de se estabelecer um indicador de qualidade, incluindo-se a adequação das Unidades, em função da demanda populacional e capacidade de atendimento das equipes de saúde. A coluna final (à direita) traz este Indicador Geral de Qualidade das Unidades/EAPs, levando em conta estes novos aspectos, e em ordem decrescente.

Tabela 14 - Indicador de qualidade das Unidades em função do índice de adequação, da demanda populacional e da capacidade de atendimento das equipes de saúde

(Continua)

Unidade de Saúde	Índice geral de adequação	População adscrita	nº de equipes	nº de médicos	nº de equipes necessárias	Adequação do nº de equipes	Adequação do nº de médicos	Indicador de Qualidade
Rio Doce V etapa	8,4	2	2	2	2	1	1	9,2
Azeitona 1	8,1	0	1	1	1	1	1	9,1
EAP Alto sol nascente	7,8	0	1	1	1	1	1	8,9
EAP alto da mina	7,7	0	1	1	1	1	1	8,9
Ilha do Maruim	7,3	0	1	1	1	1	1	8,7

Tabela 14 - Indicador de qualidade das Unidades em função do índice de adequação, da demanda populacional e da capacidade de atendimento das equipes de saúde

(Continua)

Unidade de Saúde	<i>Índice geral de adequação</i>	<i>População adscrita</i>	<i>nº de equipes</i>	<i>nº de médicos</i>	<i>nº de equipes necessárias</i>	<i>Adequação do nº de equipes</i>	<i>Adequação do nº de médicos</i>	Indicador de Qualidade
Jardim Brasil 5	6,9	0	2	4	1	1	1	8,5
Sapucaia 1	6,6	0	1	1	1	1	1	8,3
Jardim fragoso 1 e 2	6,4	1	2	2	2	1	1	8,2
Alto do Cajueiro	6,3	0	1	1	1	1	1	8,2
Vila São Bento	6,3	0	1	1	1	1	1	8,2
Monte 1	6,2	1	2	4	2	1	1	8,1
Caixa D'água 1 e 2	5,6	1	2	2	2	1	1	7,8
Bultrins Monte 2	5,4	1	2	2	2	1	1	7,7
Jatobá	4,7	0	1	1	1	1	1	7,4
Beira Mangue 2	8,5	1	2	1	2	1	0	6,8
Amaro Branco	8,2	1	1	1	2	0	1	6,6
Águas Compridas 3	8,1	1	1	2	2	0	1	6,6
Vila Popular	7,8	2	1	1	2	0	1	6,4
Alto do Sol Nascente	7,7	1	1	2	2	0	1	6,4
Ilha de Santana 2	7,6	1	2	1	2	1	0	6,3
Passarinho	7,6	2	1	1	2	0	1	6,3
Asa Branca - Rio Doce	7,5	2	1	1	2	0	1	6,3
Jardim Atlântico	7,5	1	1	1	2	0	1	6,3
Sapucaia 2 e 3	7,5	3	2	2	3	0	1	6,3
Base Rural	7,3	2	1	1	2	0	1	6,2
Alto da Bondade 2	7,1	1	1	1	2	0	1	6,1
Alto da Mina	7	3	1	1	3	0	1	6,0
Azeitona 2	7	1	1	1	2	0	1	6,0
Alto da Conquista 1 e 2	6,9	3	2	2	3	0	1	6,0
Tabajara 1	6,9	2	1	1	2	0	1	6,0
Varadouro	6,9	3	2	2	3	0	1	6,0

Tabela 14 - Indicador de qualidade das Unidades em função do índice de adequação, da demanda populacional e da capacidade de atendimento das equipes de saúde

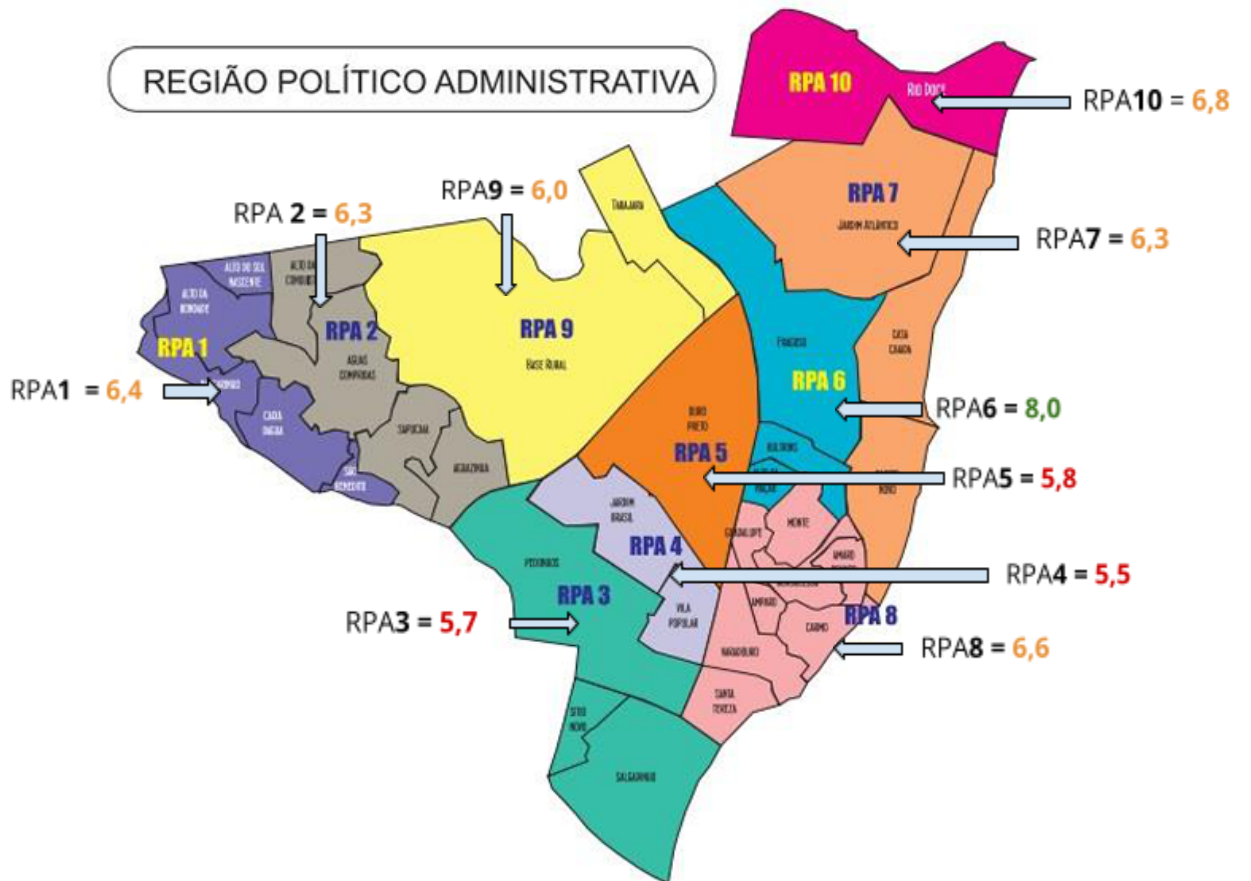
(Conclusão)

Unidade de Saúde	Índice geral de adequação	População adscrita	nº de equipes	nº de médicos	nº de equipes necessárias	Adequação do nº de equipes	Adequação do nº de médicos	Indicador de Qualidade
Ouro Preto	6,6	1	1	1	2	0	1	5,8
Águas Compridas 1 e 2	6,4	3	2	2	3	0	1	5,7
Alto da Bondade 1	6,4	2	1	1	2	0	1	5,7
Vila Tamandaré	6,4	1	1	1	2	0	1	5,7
7º RO	6,3	2	1	1	2	0	1	5,7
Bonsucesso 1	6,2	2	1	1	2	0	1	5,6
Tabajara 2	6,2	1	1	1	2	0	1	5,6
Torres Galvão	6,2	2	1	1	2	0	1	5,6
Cohab Peixinhos 2	6	4	3	2	3	1	0	5,5
EAP Jardim Brasil 1	5,9	1	1	1	2	0	1	5,5
Bonsucesso 2	5,3	1	1	1	2	0	1	5,2
Salgadinho / Sítio Novo	7,9	3	2	1	3	0	0	4,0
Vila Manchete	7,7	1	1	0	2	0	0	3,9
Jardim Brasil 2	7,3	3	2	1	3	0	0	3,7
Alto Nova Olinda	5,5	2	1	0	2	0	0	2,8

Nota: População Adscrita - 0 = Até 3.500 pessoas; 1 = De 3.501 a 5.000 pessoas; 2 = 5.001 a 7.500 pessoas; 3 = 7.501 a 10.000 pessoas; 4 = Mais de 10.000 pessoas. Adequação do nº de equipes e do nº de médicos - 0 = inadequado; 1 = adequado. Indicador de qualidade - Média do índice de adequação e da média dos indicadores de adequação do número de equipes e de médicos.

Finalmente, a fim de se obter uma noção dos índices de qualidade por Região Política-Administrativa (RPA), elaborou-se a Figura 1, logo abaixo, contendo as médias dos indicadores de qualidade por RPA. Considerando o índice 7,0 como uma referência para um atendimento razoável dos itens avaliados, nota-se que apenas uma RPA apresentou nota superior a essa referência.

Figura 1: Médias dos Indicadores de Qualidade por Região Político-Administrativa



5 Considerações sobre os Resultados

Diante dos dados e do conjunto dos documentos analisados, durante o presente levantamento, trazemos aqui algumas considerações para o entendimento da situação da Atenção Básica de Saúde no município, e dos caminhos para seu fortalecimento.

Importante ressaltar que os dados descritos no presente documento podem sofrer alterações de acordo com as mudanças na realidade, o que não retira o valor de possibilitar o olhar ampliado e estratégico sobre este nível de operacionalização do SUS.

Como elemento mais abrangente, destacamos que o Conselho Nacional de Saúde e entidades que pesquisam a Saúde Pública vêm alertando para o processo de desfinanciamento do SUS no país, indicando um direcionamento de ampliação dos investimentos privados (voltados à lucratividade), em detrimento dos princípios da universalização, equidade e integralidade.

Outro processo em curso vem sendo as últimas alterações nos documentos que estruturam o SUS, particularmente a Atenção Básica, alterações estas que propõem modelos alternativos que, sob a justificativa de ampliação de cobertura, alteram a Estratégia de Saúde da Família, comprometendo as respostas que o modelo de atenção prevê.

Como principal exemplo, temos a retirada da obrigatoriedade das equipes do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF)¹⁰ e a instituição das Equipes de Atenção Primária (EAP), que retira a obrigatoriedade da presença de Agentes Comunitários de Saúde, comprometendo o alcance dos resultados esperados na Atenção Básica.

Observamos ainda que o Conselho Nacional de Saúde vem expedindo uma série de recomendações que indicam a necessidade de revogação de atos do Ministério da Saúde e seus órgãos, demonstrando alerta do referido Conselho às várias alterações que têm sido propostas no âmbito do governo executivo federal. Entre estas, assinalamos:

<p>Recomendação CNS nº 005/2022</p>	<p>Recomenda a suspensão da implantação do Programa Cuida Mais Brasil, e reafirma a importância das Equipes de Saúde da Família para a Atenção Primária em Saúde.</p>
<p>Recomendação CNS nº 008/2022</p>	<p>Recomenda a revogação da Portaria GM/MS nº 913, de 22 de abril de 2022, que declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública da Covid-19 no Brasil;</p>

¹⁰ Nota Técnica nº 003/2020 DESF/SAPS/MS.

<p>Recomendação CNS nº 017/2022</p>	<p>Recomenda a revogação do manual “Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento” do Ministério da Saúde.</p>
<p>Recomendação CNS nº 022/2022</p>	<p>Recomenda a adoção de medidas corretivas urgentes que promovam a execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde com celeridade.</p>
<p>Recomendação CNS nº 028/2022.</p>	<p>Pela rejeição do veto presidencial à Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2023, em relação ao aumento dos recursos destinados à alimentação escolar.</p>

Também, o contexto de Pandemia do Coronavírus aponta para o aumento da demanda pelo serviço da atenção básica, devido às sequelas ocasionadas pela doença, bem como o agravamento de enfermidades que tiveram seus acompanhamentos interrompidos ou não iniciados durante o período de isolamento social, demandado na pandemia. Tal situação pode ser exemplificada na queda de cobertura vacinal da população e na diminuição das notificações de doenças como tuberculose, hanseníase, aumento nos casos de sífilis congênita, entre outros.

Ainda, merece destaque na perspectiva mais ampla, o agravamento das condições de existência da população brasileira, com o aumento da população em situação de pobreza e extrema pobreza, em situação de insegurança alimentar, entre outros aspectos que geram consequências imediatas na saúde da população, com rebatimento também imediatos à Rede de Atenção à Saúde.

No que se refere à situação específica do município de Olinda, observamos que este possui os principais instrumentos que favorecem o planejamento, execução e avaliação do SUS no município, sendo portanto necessário que as ações planejadas contem com os recursos necessários à sua execução, os quais devem ser definidos a cada ano por meio do Ciclo Orçamentário do município.

Também foi evidenciado no estudo que o município de Olinda possui a RAS instituída por vários pontos de atenção, entretanto sua abrangência é insuficiente. A Atenção Básica possui 58 equipes de Saúde da Família e 3 equipes de Atenção Primária, totalizando uma cobertura estimada de 61% da população (considerando 4.000 habitantes por equipe). Vale ressaltar que o tipo de cobertura ofertada pelas EAP não conta com a participação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe. Ou seja, tomando-se como referência esta cobertura estimada, o município ainda apresenta 39% de sua população

não coberta pela Atenção Básica, sendo essa população encaminhada para o atendimento nas policlínicas, as quais possuem estrutura e dinâmica de atendimento diferentes daquelas da Atenção Primária.

Com relação ao atendimento e às ofertas disponibilizadas na AB, destacamos alguns indicadores que sinalizam as áreas de maior vulnerabilidade e que podem ser objeto de ações estratégicas da 2ª Promotoria de Justiça e Defesa da Cidadania de Olinda. As informações foram repassadas pelas gestoras das Unidades e pela Diretoria de Atenção Básica.

5.1 Identificação

Conforme já apontado, apenas seis das Unidades avaliadas possuem telefone próprio, e mesmo assim, sem funcionar; por outro lado, todas elas possuem acesso à Internet. Segundo a Diretora da Atenção Básica do município, não há outro meio de comunicação à distância da população com as USF. Em relação ao horário de funcionamento, as gestoras reportaram adequação à carga horária mínima de 40 horas semanais, enquanto no tocante à gerência das Unidades, observou-se que todas as respondentes informaram possuir curso superior, conforme sugerido pela Portaria.

Sobre a cobertura da AB no município, conforme os dados fornecidos, chegou-se ao percentual de **61%**, calculado da seguinte forma: 61 equipes (58 ESF e 3 EAP) vezes 4.000 pessoas é igual a 244.000 pessoas, dividido por 400.000 (população estimada).

De outro modo, tomando como referência os limites de população adscrita, previstos na Portaria nº 2.436/2017, chegou-se ao percentual de **53%**, ou seja: 61 equipes (58 ESF e 3 EAP) vezes 3.500 pessoas é igual a 213.500 pessoas, dividido por 400.000 (população estimada).

Já em consulta ao Sistema e-Gestor (Figura 2), tomando-se como referência o último período informado pelo mesmo (Dezembro/2020), observa-se que havia 53 ESF e 2 EAP, perfazendo uma cobertura total de **48%**, para uma população estimada de 392.482 habitantes. Considerando que o número estimado de população coberta por **ESF** era 182.850 habitantes, e à época o número de equipes de Saúde da Família totalizavam 53, deduz-se que cada equipe cobria **3.450 munícipes**.

Observa-se ainda que a cobertura populacional estimada da AB em Dezembro/2020 era de 188.850 habitantes, um incremento de 6.000 em relação àquele coberto pelas equipes de ESF. E como o número de EAP à época era 2, deduz-se que a população coberta por **EAP** considerada no cálculo do sistema e-Gestor era de **3.000 habitantes**.

Figura 2: Dados da cobertura da AB segundo e-Gestor¹¹ em Dezembro/2020

MS/SAPS/Departamento de Saúde da Família - DESF
Unidades Geográficas: NORDESTE - PE - OLINDA
Período: Dezembro de 2020

Mostrar 10 registros por página

Cobertura da Atenção Básica

Procurar:

População	Nº ESF Cob.	Nº EAB Param. Cob.	CH Médico	CH Enfermeiro	Nº eSF Equivalente	Estim. Pop. Cob. ESF	Cobertura ESF	Estim. Pop. Cob. AB	Cobertura AB
392.482	53	2	0,80	1	0	182.850	46,59%	188.850	48,12%

5.2 Estrutura Física, Equipamentos, Insumos e Medicamentos

Neste levantamento consideramos alguns elementos de acessibilidade: porta apta a cadeira de rodas, rampa de acesso, banheiro adaptado a cadeirante e corrimão nas rampas de acesso, dos quais este último mostrou-se presente em apenas 26% das Unidades. Além disso, não se indicou em nenhuma das Unidades um intérprete de LIBRAS que pudesse ser acionado, no caso de atendimentos de pessoas surdas. Estes achados vão de encontro às recomendações da Portaria.

No tocante ao ambiente, conforme se viu na Tabela 02, conforme as respondentes, os espaços mais ausentes ou fora de uso são: sala de expurgo, espaço de observação (ambos funcionais em apenas 24% das Unidades); sala de administração (funcional em 20%), e espaço de esterilização, funcional em boas condições em apenas 17% das Unidades de Saúde. Além disso, menos da metade das Unidades possui consultórios odontológicos, e quando possuem observam-se vários equipamentos inoperantes (Tabela 05), como a estufa, por exemplo, só sendo identificada em 15% das USFs. A Portaria estabelece que se as equipes “forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo” (item 3.2 da Portaria). Nesta direção, um estudo evidenciou que a ausência de expurgo, sala de reuniões e outras dependências é um elemento que dificulta o desenvolvimento das atividades do dentista da ESF.

Os índices mais baixos, referente ao indicador de Ambiente, Acessibilidade e Ambiente (cf. Tabela 13), foram os das seguintes Unidades: Jatobá (nota 2,7), Caixa D'água 1 e 2 (nota 3,3), Tabajara 2 (nota 3,9), Bonsucesso 1 (nota 3,9) e Alto Nova Olinda (nota 4,7), além da EAP Jardim Brasil 1 (nota 4,7).

¹¹ Fonte: Informação e Gestão da Atenção Básica [Cobertura da Atenção Básica](#).

Quanto a equipamentos e instrumentos, os itens que se apresentaram mais problemáticos foram: oftalmoscópio, operante em apenas 4% das Unidades; otoscópio, em 50%; e nebulizador, presente e operante em 63% das Unidades (Tabela 03). Estudo recente destacou a importância da oftalmoscopia realizada na Atenção Básica de Saúde, para diagnóstico precoce da retinopatia diabética e hipertensiva. Por outro lado, a otoscopia é fundamental para descrever achados no conduto auditivo e na membrana timpânica, permitindo o tratamento precoce, enquanto a nebulização é procedimento importante para tratar alguns problemas respiratórios, tomados os devidos cuidados para evitar contaminação. No caso do equipamento gineco-obstétrico básico (Tabela 04), à parte o relógio (operante em 41% das Unidades), sonar fetal e gel mostraram-se disponíveis para uso em 76% das Unidades, ou seja, em 11 delas estes itens encontram-se indisponíveis (em 6 delas não há nem o estetoscópio de Pinard, como alternativa), inviabilizando assim a avaliação dos batimentos cardíacos, e assim, a detecção de anormalidades.

Conforme já apresentado na Tabela 05, equipamentos odontológicos se apresentaram indisponíveis no geral, considerando que a disponibilidade operante dos itens mais frequentes (refletor e mocho) não passou de 54% das Unidades. Neste diapasão, observou-se ainda que os profissionais cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal se mostraram, ambos, ausentes em 17 Unidades (37%). Estes achados evidenciam uma fragilidade na atenção primária à saúde bucal do município, denotando, conforme pesquisa recente, que "são imprescindíveis investimentos nos serviços de saúde (bucal), a fim de garantir uma estrutura mínima para o bom funcionamento da estratégia. Assim, diante do atual estágio de desenvolvimento e da expressiva expansão da atenção à saúde bucal dentro da atenção básica, é iminente o desafio de aprimorar a estrutura e organização dos serviços ofertados pelas equipes, com propósito de consolidar a estratégia como eixo estruturante na reordenação do sistema de saúde como um todo"¹².

Quanto a materiais descartáveis e outros insumos, conforme descrito na Tabela 06, as ausências mais problemáticas são: material para pequena cirurgia (disponível em apenas uma USF) e fios de sutura (em número suficiente em apenas 11% das Unidades); além de gaze e Equipamento de Proteção Individual, suficientes em apenas 33% e 39%, das Unidades, respectivamente. Uma das consequências trazidas por estes achados é que algumas questões que poderiam ser solucionadas na própria Unidade, tais como lidar com pequenos ferimentos (emergências), terminam sendo direcionadas para as Unidades de Pronto-Atendimento, aumentando a demanda a esses serviços.

Os índices mais baixos, referentes ao indicador de Equipamentos, Instrumentos e Insumos (cf. Tabela 13), foram os das seguintes Unidades: Jardim fragoso 1 e 2 (nota 3,7), Jatobá (nota 4,0), Bonsucesso 2 (nota 4,5), Monte 1 (nota 4,5), Bultrins Monte 2 (nota 4,6) e Vila Tamandaré (nota 4,6).

¹² Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/32717/2/Italene_Viana.pdf

Em relação ao suprimento de medicamentos, os antiulcerosos e anticonvulsivantes, tanto para adultos como para crianças, mostraram-se os mais deficitários, os primeiros presentes em não mais que 25% das Unidades e os segundos em apenas 02 delas (6%). “Na Atenção Primária à Saúde (APS) são comuns os atendimentos para avaliação de quadros por suspeita de epilepsia após um episódio paroxístico de abalos musculares ou por perda súbita de consciência. Entretanto, nem todo paroxismo é uma crise epiléptica e nem toda crise epiléptica é epilepsia [...]”¹³, porém se apresenta como relevante que a Unidade tenha resolutividade para lidar com os usuários que apresentem estas crises, até que os devidos encaminhamentos sejam providenciados, conforme o caso.

Os índices em geral, referentes ao indicador de Medicamentos (cf. Tabela 13), se mostraram baixos. Cerca de 60% das Unidades obtiveram uma nota igual ou inferior a 5,0, sendo as seguintes as Unidades com os índices mais baixos: Caixa D'água 1 e 2 (nota 1,5) Bonsucesso 1 (nota 2,0), Vila São Bento (nota 2,5), Tabajara 1 (nota 3,0), Sapucaia 1 (nota 3,0), Ouro Preto (nota 3,0), Monte 1 (nota 3,5) e Bultrins Monte 2 (nota 3,5).

5.3 Profissionais de Saúde

Além do déficit de profissionais de saúde bucal, foi identificado que há farmacêuticos em apenas 07 das Unidades avaliadas. A diretora da AB informou em entrevista que destacou uma profissional farmacêutica para orientar a organização das farmácias de cada Unidade. Tal farmacêutica estava prestando informações ao técnico administrativo responsável por realizar os pedidos e controle de estoque. Sugere-se integrar um técnico de farmácia para tal ação, e também que a farmacêutica elabore protocolo, informando exatamente como devem atuar os técnicos administrativos, eventualmente responsáveis pela farmácia. Vale ressaltar que em audiência recente nesta temática, foi informado que a CAF (Central de Abastecimento Farmacêutico) está passando por processo de reestruturação, na qual está prevista a elaboração dos protocolos sugeridos.

Ainda no tocante aos profissionais de saúde identificados para cada Unidade, observou-se que em duas delas estava faltando o profissional médico, sendo elas: Alto Nova Olinda e Vila Machete (cf. Tabela 09).

5.4 Planejamento e Ações Realizadas

No Gráfico contendo os resultados referentes ao Planejamento, viu-se que o item mais bem contemplado foi o de reuniões da equipe de saúde, mostrando que estas ocorrem com frequência na grande maioria das Unidades (91%). Em segundo lugar veio o uso do SIAB para o planejamento das ações, sendo efetivado com frequência por dois

¹³ Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_epilepsia.pdf

terços das Unidades. Reuniões da ESF com a comunidade se mostraram bem mais raras, suscitando a necessidade de se criarem meios de estabelecer maior interface com os usuários, para que o plano de ação esteja consentâneo com as características locais. Pondera-se que “cada equipe do PSF é responsável por conhecer a realidade das famílias; pelo cadastramento destas e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; por identificar os problemas de saúde prevalentes e as situações de risco às quais a população está exposta; por elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença [...]”¹⁴.

Quanto às ações desenvolvidas nas Unidades, verificou-se que três delas apontaram não estar realizando atendimentos em pediatria. Nas demais, estes atendimentos são realizados principalmente por médicos, mas em muitas Unidades também se registrou o acompanhamento pediátrico em regime exclusivo por profissionais de enfermagem. Já as consultas de acompanhamento e desenvolvimento a menor de 2 anos se mostraram realizadas eminentemente por enfermeiras(os). As ações que mais se mostraram realizadas em parceria medicina-enfermagem foram: visita domiciliar (87% das Unidades), diagnóstico e tratamento de tuberculose (80% delas) e diagnóstico e tratamento de hanseníase (76% delas), seguidos por ginecologia e obstetrícia (65% das Unidades). Diagnóstico e tratamento de transtorno mental mostrou-se sendo realizado de forma exclusiva pelo profissional de medicina em 63% das Unidades, enquanto prevenção a câncer de colo de útero se apresentou como uma ação realizada exclusivamente por enfermeiro (70% das Unidades). No geral, parece haver um equilíbrio quanto à participação dos profissionais, sendo problemática a ausência das ações especificadas (cf. Tabela 10).

5.5 Atenção ao Pré-natal

Conforme se observou, todas as Unidades de Saúde avaliadas realizam o acompanhamento de pré-natal, com pelo menos uma consulta por semana. Porém, em cerca de um terço das Unidades, o médico ou não participa (em 5% delas) ou só o faz se identificado algum risco gestacional (em 28% delas), quando o Ministério da Saúde preconiza como atribuição do médico da USF “Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) enfermeiro(a)”¹⁵.

Observou-se que 24 gestoras das Unidades avaliadas informaram que menos de 70% das primeiras consultas de pré-natal ocorriam no primeiro trimestre. Entende-se que “[...] a identificação do risco gestacional pelo profissional de saúde permite a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez, e como resultado, obtém-se os melhores desfechos perinatais e redução da morbimortalidade

¹⁴ Cruz, M. L. S., et al. Reunião de equipe: uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da Família (PSF). *Psicologia Revista*, v. 17 (1/2), pp. 161-183, 2014.

¹⁵ Disponível em: [Atenção ao pré-natal de baixo risco](#)

materno-infantil”¹⁶. Quanto a ações educativas no pré-natal, reportou-se o trabalho com as gestantes na quase totalidade das Unidades, porém o acompanhamento do homem/parceiro da gestante foi relatado por 63% das gestoras, ficando ainda 18 Unidades sem a realização deste acompanhamento.

Conforme publicação do Ministério da Saúde, “[...] A posição do homem na sociedade está mudando tanto quanto os papéis tradicionalmente atribuídos às mulheres. Portanto, os serviços devem promover o envolvimento dos homens (adultos e adolescentes), discutindo a sua participação responsável nas questões da saúde sexual e reprodutiva”. Menos de um quarto das gestoras avaliadas apontaram haver ações educativas no pré-natal específicas para adolescentes, quando este público demanda maior atenção em relação à saúde reprodutiva e sexual. Como destaca a citada publicação, “[...] em muitas ocasiões, o não planejamento [reprodutivo] se deve à falta de orientação ou de oportunidades para a aquisição de um método anticoncepcional. Isso ocorre comumente com as adolescentes”¹⁷.

A frequência com que os resultados de exames laboratoriais do pré-natal chegam nas Unidades em tempo hábil mostrou-se satisfatória, porém ainda se registrou que em seis Unidades eles não chegam a tempo senão raramente. Tais exames são importantes “[...] para nortear as condições clínicas de saúde da paciente e manejo pela equipe de saúde”¹⁸. Já no tocante ao direito da gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde, conforme a Lei nº 11.634/2007, observou-se ainda um percentual de 30% das gestoras informando que esta vinculação não ocorre para a maioria das usuárias. Finalmente, frente à pergunta sobre se a gestante é orientada sobre seus direitos na atenção ao parto, obteve-se que a quase totalidade das Unidades cumprem esta recomendação, exceto a USF Bonsucesso II, para a qual se reportou haver apenas orientação sobre o direito ao acompanhante.

5.6 Outros Temas de Relevância da AB

5.6.1 Hanseníase e Tuberculose

O município conta com uma equipe de apoio formada por três profissionais ligadas à Diretoria de Endemias, que é responsável pelo acompanhamento da linha de cuidado para a doença. O tratamento e dispensação de medicações está disponível em

¹⁶ Tomasi, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. Cad. de Saúde Pública, V. 33, n. 3, 2017. Disponível em: [Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais](#)

¹⁷ Disponível em: [Atenção ao pré-natal de baixo risco](#)

¹⁸ Disponível em:

<https://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2017/01/Artigo-02-A-importância-do-acompanhamento-pré-natal-realizado-por-enfermeiros.pdf>

todas as unidades da Atenção Básica, tendo situações eventuais de desabastecimento, de acordo com o estoque da Secretaria Estadual de Saúde.

O processo de busca ativa é particularmente difícil para as áreas sem cobertura da atenção básica e pela falta de um carro específico para equipe de apoio, dificultando as estratégias de busca de pacientes e de contatos, ações relevantes na vigilância da doença e interrupção de sua transmissão.

Observamos ainda, ausência de protocolo municipal para matriciamento das orientações da linha de cuidado para hanseníase e tuberculose. A ausência de protocolo é particularmente relevante diante da alta rotatividade de profissionais existentes no poder executivo municipal de Olinda.

5.6.2 Hipertensão e Diabetes

Os grupos de Hiperdia estão suspensos em 14 unidades e sendo realizados em 31 Unidades, com a estimativa de cobertura de 70% da área coberta pela atenção básica. Vale destacar que as policlínicas não realizam grupos de hiperdia, deixando 100% da população de área descoberta, sem a inserção em grupos de apoio ao controle de diabetes e hipertensão.

Com relação à dispensação de medicamentos, no período de coleta dos dados, apenas 10 unidades contavam com anti hipertensivos adulto e infantil.

Também, observamos a baixa realização de capacitações para as equipes nesta área, com a indicação de sua ocorrência frequente em apenas 41% das respostas. Gestoras de 27 Unidades apontaram que nunca ou raramente recebem capacitações na temática.

5.6.3 Vacinação

O município reproduz a tendência nacional de diminuição da cobertura vacinal pós pandemia da COVID-19. Neste sentido, foram estruturadas ações, com destaques aos dias de mutirão de vacinação para minimização deste quadro.

Também, visando a garantia da vacinação da população em área descoberta, todas as unidades de saúde podem realizar vacinação de usuários sem considerar o território de cobertura. Desta forma, para a vacinação, a população pode se dirigir para qualquer unidade no município.

5.6.4 Saúde de Públicos Específicos (crianças/adolescentes, mulheres, pessoas Idosas, pessoas com deficiência)

O município conta com uma Diretoria de Políticas Estratégicas, que foi extinta em novembro de 2021 e teve seus trabalhos retomados no segundo semestre de 2022. Nesta

diretoria existem coordenadorias para segmentos específicos como saúde da mulher, saúde da criança, pessoa com deficiência, idoso, entre outros. Todas são compostas apenas por um profissional, sem apoio administrativo, carro específico ou recursos predefinidos para suas ações.

Também, observamos a ausência de protocolos que melhor orientem o processo de matriciamento para as equipes da Atenção Básica.

No caso de “Pessoa com Deficiência”, foi realizado um Plano de Ação que, entre outras ações, previu a realização de um censo desta população. Nenhuma ação deste plano foi realizada, e entre 2021 e 2022 esta coordenadoria se encontra com seu terceiro gestor.

5.6.5 Saúde Mental

As linhas de cuidado em saúde mental têm tido ampliação de sua demanda, sendo uma das áreas impactadas com a pandemia da COVID-19. A Atenção Básica tem sido reafirmada como porta de entrada da atenção em saúde mental para a maioria dos casos, bem como é referência para atendimento dos pacientes que recebem alta dos CAPS.

Observamos nos dados levantados que apenas 28% das unidades indicam frequência nas capacitações neste campo. 33 Unidades [72%] indicam que os momentos formativos nunca ou raramente acontecem.

Particularmente no período do levantamento até o momento atual, o município vivencia uma diminuição significativa em seus estoques de medicações, utilizadas na atenção em saúde mental, representando ameaça à continuidade do tratamento de grande parte dos usuários da Rede. Tal situação é acompanhada em procedimento específico na 2ª PJDC Olinda.

5.6.6 Ações de Enfrentamento à COVID

Como pontuado acima, a COVID-19 trouxe inúmeros desafios à ABS. Neste sentido, não identificamos, no presente levantamento, documento dirigido aos ajustes que devem ser realizados neste nível de atenção.

Com relação aos processos de capacitação, apenas para 61% das Unidades permanecem com capacitações frequentes, enquanto 18 Unidades [39%] apontam que os momentos formativos acontecem raramente ou nunca aconteceram.

Desta forma, como elemento síntese, o levantamento demonstra que a atenção básica em Olinda não apresenta um padrão básico de ofertas, metas e orientações aos serviços.

Os resultados demonstram ainda que há assimetria em diversos indicadores, o que se expressa, na realidade, com o tipo de atenção básica que é ofertada em cada Unidade. Como exemplo, destacamos o uso do SIAS, hoje só utilizado de forma frequente por 67% das equipes; 33% não realizam planejamento familiar com adolescentes; 30% das Unidades não realizam o grupo de "hiperdia"; apenas 26% das Unidades possui corrimão nas rampas de acesso.

Quando articulamos os diferentes indicadores, chegamos ao "Índice Geral de Adequação das Unidades" (Tabela 13), "Indicador de Qualidade das Unidades" (Tabela 14) e "Médias dos Indicadores de Qualidade por Região Político-Administrativa (Figura 1), por meio da qual observamos que 33 Unidades alcançaram índices menores que 7,0 (valor de referência para adequação da Unidades à previsão da Portaria da Atenção Básica) e apenas 13 apresentam coeficientes iguais ou maiores que 7,0.

Como unidades que indicam os extremos em termos de qualidade, temos a USF de Rio Doce V Etapa com coeficiente de 9,2, e Alto Nova Olinda com 2,8.

No que se refere à execução da atenção básica nos territórios, observamos que a RPA 06 apresenta melhor coeficiente de qualidade, com 8,0, enquanto a RPA 04, apresenta coeficiente de 5,5, apontando ser o território onde a atenção básica apresenta maiores vulnerabilidades.

Destacamos que com exceção da RPA 06, todas as demais apresentaram coeficientes totais abaixo de 7,0.

6 Algumas Sugestões

Diante da situação evidenciada no levantamento e considerando as atribuições da Promotoria de Justiça, finalizamos o presente documento com a sugestão de algumas ações para análise do órgão ministerial responsável. São elas:

1 - Com relação ao descrito nas seções 5.1 e 5.2, observamos que os dados apontam para falta de um padrão básico que seja observado em todas as Unidades, as quais apresentam inúmeras assimetrias entre as estruturas, serviços e equipamentos disponibilizados. Neste ponto, considerando que a Política de Atenção Básica possibilita que os municípios ajustem suas Unidades à realidade local, sugerimos que seja analisada a pertinência de solicitar à gestão municipal que indique um padrão básico mínimo a ser alcançado pela totalidade das Unidades, e que este documento seja encaminhado para apreciação do Conselho Municipal de Saúde. Entre os pontos que podem ser alvos de padronização mínima, destacamos a estrutura, ambientação, acessibilidade; número e especificidades de cômodos; ações semanais obrigatórias para todas as Unidades; ações mensais obrigatórias; equipamentos que não podem deixar de estar disponíveis para uso;

número mínimo de capacitações e em quais temas; informações indispensáveis para os quadros de aviso, entre outras.

2 - A falta de padronização atinge os diferentes pontos abordados no levantamento, sendo observada situação mais simétrica no cronograma vacinal e no pré-natal. As demais linhas de cuidado demandam protocolos municipais que contribuam para a estratégia de matriciamento, tão eficaz para potencializar a atenção básica. Assim, convém fomentar a elaboração de protocolos específicos que orientem a AB para o cuidado e prevenção de doenças e situações por ela monitoradas/acompanhadas (manejo de medicações e vacinas, atuação em situação de hanseníase e tuberculose, orientações para os grupos de hiperdia e de gestantes; orientações para as linhas de cuidados em saúde mental na atenção básica, ações da AB para enfrentamento à COVID-19 e sequelas, etc.).

3 - Considerando que o Relatório da XV Conferência Municipal de Saúde prevê inúmeras ações que potencializam a RAS no município e atingem lacunas observadas no âmbito das fiscalizações realizadas pelo Ministério Público, sugerimos que seja expedida Recomendação ao Conselho Municipal de Saúde para que o órgão realize os encontros de avaliação do Plano Municipal de Saúde no primeiro semestre de cada ano, de modo que seja possível inserir as demandas decorrentes desta avaliação na construção do orçamento municipal para o ano seguinte, de acordo com o Ciclo Orçamentário Anual.

4 - Também com relação ao Conselho Municipal de Saúde, não identificamos a existência de site/página do órgão para dar visibilidade ao conjunto das informações pertinentes, inclusive cronograma de reuniões, plano de ação, representação pública e da sociedade civil, resoluções, eventos entre outros conteúdos que favoreçam a transparência e ampliação da apropriação das temáticas pelos demais segmentos da sociedade, fortalecendo o controle social.

5 - Não menos importante, também colocamos como sugestão a criação de uma Central que possa receber eventuais demandas dos usuários: dúvidas, críticas, sugestões etc., levando em conta a informação de que não há telefones de contato nas Unidades da Atenção Básica, e que os ACS seriam os responsáveis pelo elo entre a unidade e o usuário, sem os quais não haveria um canal de comunicação com os profissionais de saúde da AB. caso já exista um setor de Ouvidoria que cumpra esta demanda, que seja amplamente divulgado.

Finalizamos assim, agradecendo e parabenizando todos os profissionais que cotidianamente atuam para materializar o SUS na cidadania brasileira.