

DESENVOLVIMENTO DE UM DIAGNÓSTICO SITUACIONAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

SUGESTÃO: **Diagnóstico Situacional na Estratégia Saúde da Família: um relato de experiência**

Marianna Abreu Lucchesi¹, Marina Medeiros Ribeiro², Vanessa de Almeida Ferreira Correa³

Introdução: Este relato de experiência, desenvolvido por acadêmicas do sétimo período do curso de Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, consiste na integração ensino serviço na realização do Diagnóstico Situacional em uma Clínica da Família, situada na cidade do Rio de Janeiro - RJ. Realizado nos meses de Abril/Maio como proposta de atividade da disciplina de Atenção e Gerência da Saúde Coletiva no Sistema Único de Saúde. Entende-se por Diagnóstico Situacional ou organizacional o resultado de um processo de coleta, tratamento e análise de dados colhidos no local onde se deseja realizá-lo¹, oriundos da participação efetiva das pessoas que atuam no local em questão. O diagnóstico pode ser considerado como uma das mais importantes ferramentas de gestão, sendo uma pesquisa das condições de saúde e risco de uma determinada população, com o objetivo de planejar e programar ações¹. **Objetivos:** Apresentar a experiência de desenvolvimento de um Diagnóstico Situacional em uma Clínica da Família do município do Rio de Janeiro - RJ, compreender a estruturação da Clínica citada acima e o perfil da comunidade assistida. **Descrição Metodológica:** Trata-se da descrição do relato de experiência desenvolvido em uma Clínica da Família do município do Rio de Janeiro - RJ, onde sua realização ocorreu em três etapas. A primeira com a apresentação da proposta de integração ensino serviço por meio do desenvolvimento do trabalho da referida disciplina para funcionários da Clínica da Família, a segunda nas instalações da Clínica da Família, através de conversas direcionadas aos informantes – chave (funcionários) e pela coleta de dados no site da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC). Apresenta-se, nestas etapas, um dos limites deste relato de experiência: a não participação da população na construção do Diagnóstico Situacional. Para a análise dos resultados utilizou-se como suporte teórico a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB/2011)² e o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde³. **Resultados:** A clínica da família em questão se encontra em uma área de abrangência com três comunidades, o que perpassa um total de 14.201 habitantes, segundo dados da SMSDC. Sendo cadastrados pela Clínica da Família 2.602 homens e 7.599 mulheres. O total de crianças menores de um ano de idade é de 191, sendo que a maior parte da população infantil é de 01 a 06 anos com

¹Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

²Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: ninamr89@gmail.com

³ Professora Assistente da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (EEAP/Unirio). Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: vanessa.correa@unirio.br

1.693 crianças. O número de idosos acima de 60 anos é de 817. Essa população é assistida por 3 equipes multiprofissionais, atualmente, com 43 funcionários, sem contabilizar os responsáveis pela limpeza do local. Cada equipe é composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 06 agentes comunitários de saúde (ACS). Além disso, contam com uma equipe de saúde bucal com 02 cirurgiões dentistas generalistas, 02 auxiliares de consultório dentário e 01 técnico em higiene dental. Todos os profissionais com uma carga horária de 40 horas semanais. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica², o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe que é de 4.000 pessoas. Levando em consideração a população total de 14.201 pessoas, onde na equipe A é responsável por 4.393 pessoas, a equipe B é responsável por 4.784 pessoas e a equipe C é responsável por 4.553 pessoas, pode-se observar que todas as equipes ultrapassam o número total de pessoas estipuladas. Já a média, por ACS, nas equipes B e C ultrapassam o limite estipulado, sendo o número de cadastrados, respectivamente de 797 e 759 usuários. Com isso, notamos que há uma necessidade da integração de mais ACS, já que é preconizado até 12 por equipe e na unidade estudada cada equipe conta com 06. Estudou-se a possibilidade da criação de mais uma equipe, porém analisou-se que para tal ação seria necessário mudanças estruturais na clínica, o que levaria tempo para realizar-se, sendo necessário desenvolver um recadastramento dos usuários da referida clínica. A unidade atende de forma parcial os requisitos mínimos de estrutura física de uma Clínica da Família³. Observamos que o acesso à clínica é limitado a idosos e cadeirantes ou quaisquer pessoas que possam ter dificuldade de locomoção, seja esta por uma entrada pela escada ou uma ladeira íngreme. A clínica também possui três andares que só podem ser acessados por meio de escadas. Conclusão: Na perspectiva de realizar um Diagnóstico Situacional, nos deparamos como acadêmicas de Enfermagem, com uma ferramenta de gestão de grande importância para a organização das ações e serviços de saúde, além da formação acadêmica a partir da prática de ensino-aprendizagem. Ao desenvolver o Diagnóstico Situacional entramos em contato com uma forma de sistematizar as ações do enfermeiro em saúde coletiva, pois este representa um instrumento de gestão que colabora na qualificação das ações nos serviços de saúde. Esta vivência nos proporcionou compreender que por meio do Diagnóstico Situacional se estabelece prioridades de atuações de acordo com a realidade da instituição, da população e do território. Neste sentido, vivenciou-se que uma das ferramentas utilizadas para planejar as ações é o Diagnóstico Situacional, pois este vai além das informações clássicas acerca da produtividade do trabalho, cobrindo a diversidade das ações desenvolvidas na Estratégia

¹Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

²Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: ninamr89@gmail.com

³ Professora Assistente da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (EEAP/Unirio). Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: vanessa.correa@unirio.br

Saúde da Família. Contribuições/Implicações para a Enfermagem: Essa experiência nos mostrou o Diagnóstico Situacional como uma ferramenta de organização das ações na saúde da família e seu potencial de transformação, a partir da discussão dos problemas levantados. Através dele podemos identificar as características da unidade de saúde e também da população para com isso traçar estratégias com a finalidade de alcançar não só as metas propostas, mas também refletir sobre o acesso e o serviço de saúde. O trabalho nos proporcionou uma visão ampla da atenção à saúde em uma Clínica da Família da cidade do Rio de Janeiro - RJ e da atuação do enfermeiro nesse campo de atenção. Assim, o desenvolvimento da prática de Diagnóstico Situacional de forma sistematizada foi uma importante experiência de ensino aprendizagem para as autoras e espera-se com este relato contribuir para o desenvolvimento de experiências correlatas. Referências: 1. Biazini H, Miranda MM, Rezende AC, Santos C, Santos LC, et al. Diagnóstico Situacional da Unidade Básica de Saúde Barreiro de Cima. Belo Horizonte: 2010. 2. Política Nacional de Atenção Básica (Brasil). Portaria nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Eixo II – Formação em Enfermagem e o cenário atual do trabalho em saúde nacional e internacionalmente: discrepância entre o desejo da competência profissional e a demanda do mercado de trabalho;

6. Integração Ensino Serviço – Quando o Trabalho e a Escola se integram

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Enfermagem em Saúde Comunitária.

¹Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

²Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: ninamr89@gmail.com

¹ Professora Assistente da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (EEAP/Unirio). Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: vanessa.correa@unirio.br