

# ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA:

MODELOS DE PLANOS DE AÇÕES NO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 2



**Atena**  
Editora  
Ano 2024

ORGANIZADORES:  
ANDRÉ RIBEIRO DA SILVA  
JITONE LEÔNIDAS SOARES  
SILVIA EMANOELLA SILVA MARTINS DE SOUZA

# ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA:

MODELOS DE PLANOS DE AÇÕES NO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 2



**Atena**  
Editora  
Ano 2024

ORGANIZADORES:  
ANDRÉ RIBEIRO DA SILVA  
JITONE LEÔNIDAS SOARES  
SILVIA EMANOELLA SILVA MARTINS DE SOUZA

**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Ellen Andressa Kubisty

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

Thamires Camili Gayde

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2024 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2024 Os autores

Copyright da edição © 2024 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

**Conselho Editorial**

**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

- Prof. Dr. Bruno Edson Chaves – Universidade Estadual do Ceará
- Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina
- Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
- Prof. Dr. Cláudio José de Souza – Universidade Federal Fluminense
- Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
- Profª Drª Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes
- Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza
- Profª Drª. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
- Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
- Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
- Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
- Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
- Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
- Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
- Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
- Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
- Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
- Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
- Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
- Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
- Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia
- Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
- Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
- Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
- Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
- Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPAr
- Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
- Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
- Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
- Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
- Profª Drª Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal
- Profª Drª Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá
- Profª Drª Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá
- Profª Drª Livia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
- Profª Drª Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
- Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
- Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará

Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio

Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino

Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Renato Faria da Gama – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

Profª Drª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará

Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria

Profª Drª Thais Fernanda Tortorelli Zarili – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade Federal de Itajubá

Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

## Estratégias de saúde da família: modelos de planos de ações no sistema único de saúde 2

**Diagramação:** Thamires Camili Gayde  
**Correção:** Jeniffer dos Santos  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga  
**Revisão:** Os autores  
**Organizadores:** André Ribeiro da Silva  
Jitone Leônidas Soares  
Sílvia Emanoella Silva Martins de Souza

<b>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)</b>	
E82	<p>Estratégias de saúde da família: modelos de planos de ações no sistema único de saúde 2 / Organizadores André Ribeiro da Silva, Jitone Leônidas Soares, Sílvia Emanoella Silva Martins de Souza. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2024.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-2486-4 DOI: <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.864241006">https://doi.org/10.22533/at.ed.864241006</a></p> <p>1. Saúde da Família. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Silva, André Ribeiro da (Organizador). II. Soares, Jitone Leônidas (Organizador). III. Souza, Sílvia Emanoella Silva Martins de (Organizadora). IV. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 362.10981</p>
<b>Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166</b>	

**Atena Editora**  
Ponta Grossa – Paraná – Brasil  
Telefone: +55 (42) 3323-5493  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Prezado(a) leitor(a).

Os conteúdos disponibilizados nesta obra, consistem em estudos e projetos de intervenções idealizados no âmbito das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal e demais regiões brasileiras, elaborados por estudantes médicos participantes do curso de Especialização em Saúde da Família, ofertado pela Universidade de Brasília no Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS-UnB).

Trata-se de estudos originais que retratam variados aspectos da Atenção Primária à Saúde, vivenciados na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que retrata diversos contextos identificados no Sistema Único de Saúde, agregando os princípios do SUS, sendo considerada um modelo prioritário para a execução do processo de trabalho e estruturação das redes assistenciais conforme preconiza o Ministério da Saúde.

Portanto, nesta obra você encontrará variados planos de intervenções, cujos objetivos consistem em propor ações para a prevenção e o tratamento da hipertensão arterial sistêmica, diabetes, dificuldades de locomoção em idosos, doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, entre outras enfermidades, favorecendo o ensino e o aprendizado dos interessados nas temáticas, especialmente os profissionais que atuam na linha de frente do SUS.

Bons estudos e leituras reflexivas!

André Ribeiro da Silva

Jitone Leônidas Soares

Silvia Emanoella Silva Martins de Souza

**CAPÍTULO 1 ..... 1**

DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES EDUCATIVAS E RETORNO DOS GRUPOS EM SAÚDE NA UNIDADE BÁSICA BONFIM EM SÃO JOÃO DEL REI-MG

Cynthia Mairink Félix da Silveira

André Ribeiro da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8642410061>

**CAPÍTULO 2 ..... 15**

DOENÇAS OESTEOMUSCULARES RELACIONADAS AO TRABALHO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BATIEIRO, CHAPADA DO NORTE-MG: CONSTRUÇÃO DE UMA AÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Jaqueline de Matos Lourenço

Adriano Antonio da Silva Pedrosa

Kaique Roger Simas

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8642410062>

**CAPÍTULO 3 .....29**

AValiação e prevenção da hipertensão arterial sistêmica no território da equipe de estratégia saúde da família Tocoios de Minas

Larissa Sarmiento Figueiró

André Ribeiro da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8642410063>

**CAPÍTULO 4 ..... 41**

Restrição de locomoção como fator limitador à adesão de idosos às atividades em grupo na UBS Virilânea Augusto de Lima, no município de Uberaba – MG

Luciana Claudia Silveira

André Ribeiro da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8642410064>

**CAPÍTULO 5 .....55**

Planejamento estratégico-situacional de Carlos Matus em uma unidade básica de saúde (UBS Areia Branca I – Canguaretama/RN)

Felipe Serquiz Elias Pinheiro

André Ribeiro da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8642410065>

**CAPÍTULO 6 .....79**

Plano de intervenção voltado para a prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica na unidade de saúde Tarciso Pinheiro Teles em Crato-Ceará

Paulo Henrique Teixeira

André Ribeiro da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8642410066>

<b>CAPÍTULO 7 .....</b>	<b>92</b>
OBESIDADE E A DIFICULDADE NA ADESÃO DO TRATAMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE URBANO DO MUNICÍPIO DE CASINHAS – PE	
Priscilla Guimarães Alves André Ribeiro da Silva	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.8642410067">https://doi.org/10.22533/at.ed.8642410067</a>	
<b>CAPÍTULO 8 .....</b>	<b>106</b>
RETOMADA DAS AÇÕES PARA PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL, DESARTICULADAS PELA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-COV-2), NO ÂMBITO DO TERRITÓRIO ATENDIDO PELA EQUIPE PSF JOSÉ PINTO DA PAIXÃO I, NA CIDADE DE PONTE NOVA, MINAS GERAIS	
Gilmar da Silva Aleixo André Ribeiro da Silva	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.8642410068">https://doi.org/10.22533/at.ed.8642410068</a>	
<b>CAPÍTULO 9 .....</b>	<b>119</b>
SINDROMES DISPÉPTICAS NO TERRITÓRIO DA MISERICÓRDIA, LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE ITAPARICA - BA: PLANEJAR PARA ATUAR	
Cauã Lisboa Fernandes Santos Márcia Heller Hias	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.8642410069">https://doi.org/10.22533/at.ed.8642410069</a>	
<b>CAPÍTULO 10.....</b>	<b>135</b>
ANÁLISE DOS DADOS ANTROPOMÉTRICOS CADASTRADOS NO SISVAN, PARA ADULTOS DO MUNICÍPIO DE CHAPADA DO NORTE, DOS ANOS DE 2015 A 2021	
Jaqueline de Matos Lourenço João Paulo de Oliveira Aguilar Ana Rita Machado Vivian Marques Miguel Suen Denise de Matos Lourenço Kaique Roger Simas	
 <a href="https://doi.org/10.22533/at.ed.86424100610">https://doi.org/10.22533/at.ed.86424100610</a>	
<b>SOBRE OS ORGANIZADORES .....</b>	<b>149</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO .....</b>	<b>152</b>

## DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES EDUCATIVAS E RETORNO DOS GRUPOS EM SAÚDE NA UNIDADE BÁSICA BONFIM EM SÃO JOÃO DEL REI-MG

*Data de aceite: 02/05/2024*

**Cynthia Mairink Félix da Silveira**

Universidade de Brasília – UnB  
São João del Rei -MG  
<http://lattes.cnpq.br/2226859314839901>

**André Ribeiro da Silva**

Universidade de Brasília – UnB  
Brasília-DF  
<http://lattes.cnpq.br/5028921287123224>

**RESUMO: Introdução:** A baixa adesão da população às ações educativas e a falta da realização dos grupos em saúde no período pós pandemia do Coronavírus se tornaram um fator agravante para prevenção, promoção e manutenção da saúde. **Objetivo:** Desenvolvimento dos grupos de saúde, com retorno das ações educativas na Unidade Básica de Saúde Bonfim, localizada em São João Del Rei. **Metodologia:** Realizada em etapas com seleção dos agravos em saúde, utilização da Matriz Transcendência- Urgência-Capacidade (TUC) para priorização e determinação do problema-foco e definição da estrutura dos grupos de saúde. **Resultados Esperados:** Foi estabelecido o Plano de Intervenção do presente estudo para facilitar o processo de organização da

equipe e o planejamento de ações concretas.

**Conclusões:** Apesar das dificuldades enfrentadas pela excessiva demanda e pela necessidade da desconstrução tradicional da medicina assistencialista, as ações de promoção e o retorno dos grupos em saúde necessitam ser ampliados para servirem como ferramenta à construção de práticas de saúde efetivas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação em Saúde, Participação da Comunidade, Grupos de Saúde, Promoção da Saúde

### DEVELOPMENT OF EDUCATIONAL ACTIONS AND RETURN OF HEALTH GROUPS AT THE BONFIM BASIC UNIT IN SÃO JOÃO DEL REI-MG

**ABSTRACT: Introduction:** The low adherence of the population to educational actions and the lack of holding health groups in the post-Coronavirus pandemic period have become an aggravating factor for prevention, promotion and maintenance of population health. **Objective:** Development of health groups, with a return to educational activities at the ESF Bonfin in São João Del Rei. **Methodology:** Performed in stages with selection of health problems, using the Transcendence-Urgency-Capacity Matrix

(TUC) for prioritization and determination of the focus problem and definition of the structure of the health groups. **Expected Results:** The Intervention Plan for this study was established to facilitate the process of organizing the team and planning concrete actions. **Conclusion:** Despite the difficulties faced by excessive demand and the need for the traditional deconstruction of welfare medicine, promotion actions and the return of health groups need to be expanded to serve as a tool for building effective health practices.

**KEYWORDS:** Health Education, Community Participation, Health groups and Health's Promotion

## INTRODUÇÃO

O município de São João Del Rei é uma cidade histórica pertencente ao estado de Minas Gerais, na região do “*campos das vertentes*”, onde está localizada a Unidade Básica de Saúde Bonfim, cujas ações em saúde são objeto de estudo deste trabalho. Segundo censo do IBGE (2010) a população estimada em 2021 é de 90.897 habitantes comparado ao último censo de 2010 cuja população era de 84.469. A área da unidade territorial é de 1.452,002 km<sup>2</sup> e a densidade demográfica de 57,68 (hab/km<sup>2</sup>) (IBGE, 2022).

O município faz parte da Macro Região de Barbacena, possui 18 Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) cobrindo 70% da população (BRASIL, 2023a). Bonfim é um bairro com duas equipes de Estratégia de Saúde da Família: 702 e 703, atualmente a equipe da qual a autora faz parte é denominada 703. A área de abrangência da equipe 703 é dividida em seis microáreas (14/15/16/17/18/19). A unidade dispõe de consultório individual para o médico, consultório para enfermeira, sala de vacinas, sala de curativos, sala de recepção, refeitório para funcionários e consultório odontológico.

Está inserida na UBS duas Equipes de Saúde da Família (ESF), cada uma delas composta por um médico, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS), além de serviço de saúde bucal com dentista e uma auxiliar, além de psicólogo. A unidade conta, ainda, com serviço de limpeza que é realizado por funcionária específica contratada pela prefeitura e o serviço administrativo é feito pela Enfermeira Coordenadora da Equipe. Segundo dados e-SUS abril 2023 a área de atuação da ESF Bonfim 703 apresenta no total 1419 famílias adstritas perfazendo uma população de 4139 habitantes residentes no território da unidade. Dos quais, 2082 são do sexo masculino e 2057 do sexo feminino (BRASIL, 2023b).

A população apresenta diferentes agravos em saúde e ao procurar pelo serviço de atenção primária busca não só acessibilidade como também resolutividade. As principais queixas segundo dados do E-SUS da ESF Bonfim são: Exame médico Geral, Emissão de Prescrição de Repetição, Gripe, Hipertensão, Diabetes e Ansiedade Generalizada. Após reflexão da equipe de ESF sobre as principais queixas levantadas, possíveis falhas de preenchimento dos indicadores e a demanda conhecida, outros agravos em saúde foram selecionados e analisados segundo a Matriz TUC que serão demonstrados na metodologia do presente estudo.

A baixa adesão da população às ações educativas, como palestras e reuniões e a suspensão dos grupos como Hiperdia, Tabagismo, Saúde da Mulher e do Idoso, por exemplo, condição esta que foi definida no período da pandemia do Coronavírus e que persiste no cotidiano da UBS, tem se tornado um fator agravante das ações voltadas para prevenção, promoção e manutenção da saúde vistos no cotidiano.

Este problema prioritário segundo avaliação da Matriz TUC e escolhido como tema do presente estudo foi coletado por meio do diagnóstico de percepção pessoal e da equipe de saúde da UBS e é um problema atual que abrange os profissionais de saúde e a comunidade. Sem um plano de estratégia para atingir a população e aumentar sua participação quanto aos projetos educacionais voltados à prevenção e promoção de saúde, menores os resultados do cuidado longitudinal e integralizado, além da maior dificuldade de acesso à população quanto ao autocuidado.

O agravo em saúde como mencionado foi observado após promovermos uma palestra sobre Hipertensão e Diabetes dentro da UBS e ter uma pequena participação, quase nula. Diante desse momento conversamos a respeito da baixa adesão da população sobre as atividades educativas que são realizadas e refletimos sobre o motivo pelo qual a população não vem aderindo. Notamos que devido ao alto fluxo de demanda e aos poucos momentos de realização de eventos de saúde educativa, a população acaba não firmando uma relação próxima com os profissionais de saúde e esse baixo vínculo afasta os cidadãos.

## **OBJETIVOS**

Propõe-se o desenvolvimento dos grupos de saúde, com retorno das ações educativas na Unidade Básica de Saúde Bonfim, localizada em São João Del Rei.

### **Objetivos Específicos**

1. Organizar e implementar ações educativas regularmente na UBS;
2. Retornar os grupos de saúde como Hiperdia/ Saúde da Mulher/ Saúde do Idoso entre outros;
3. Promover encontros com a equipe multidisciplinar, a fim de elaborar conteúdos abordando diversos temas relacionados às atividades educativas e apresentá-los em diferentes locais de fácil acesso como, escolas, igrejas, Unidades Básicas de Saúde, grupos de educação física, entre outros.
4. Conscientizar a população acerca da relevância da participação nas atividades de educação em saúde e nos grupos de saúde, além de realizar a divulgação dos eventos educativos pelos canais de comunicação locais.

## Justificativa

Por essa razão, justifico a seleção do problema de pesquisa com base na minha experiência profissional e no dia a dia da UBS/ESF, com foco e ênfase em ações educativas e desenvolvimento de grupos em ação e saúde. Ao longo desse percurso, pude observar que a falta de grupos de saúde, a redução das atividades educativas e a diminuição da participação da comunidade tiveram um impacto negativo na saúde da população em análise por meio dos indicadores do Previne Brasil, por exemplo.

Compreendo que é de suma importância implementar um processo de educação contínua que estimule o desenvolvimento de estratégias e atividades educativas, como reintroduzir os grupos de saúde, para garantir um atendimento contínuo e integral, bem como prevenir complicações relacionadas às suas condições, levando em consideração as necessidades específicas identificadas em cada contexto e situação.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, definiu a saúde como um “estado completo de bem-estar físico, mental e social”. Essa definição, amplamente difundida no campo da saúde, foi um marco nas discussões sobre promoção da saúde. No entanto, apesar de abranger diferentes aspectos da saúde e representar um avanço na sua definição, essa concepção também recebeu críticas de profissionais de saúde e pesquisadores, considerando sua inviabilidade devido à busca utópica por um “bem-estar completo” para cada indivíduo. Essa perspectiva também levanta questionamentos sobre como determinar e alcançar esse estado ideal de saúde, além de gerar uma maior dependência dos sistemas de saúde (Segre; Ferraz, 1997).

Nessa perspectiva, a discussão sobre promoção da saúde abarca o reconhecimento de que a saúde é um processo em constante construção. Para sustentá-la, é essencial adotar um conceito abrangente de saúde, que vá além da mera ausência de doença ou do paradigma tradicional da medicina assistencialista. Trata-se de uma reinterpretação do que é fundamental para garantir uma vida plena, levando em consideração as fragilidades e potencialidades tanto do indivíduo quanto de suas coletividades (SANTOS; ROS, 2016).

A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) define os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) como um conjunto de fatores socioeconômicos, étnico-culturais, psicológicos e comportamentais que influenciam os riscos à saúde da população. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2011, conceitua de forma mais direta esses determinantes como as condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Esses determinantes são o foco das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos pelos sistemas de saúde, uma vez que estão intimamente ligados às situações de vulnerabilidade. O objetivo é reduzir as desigualdades e iniquidades em saúde (Segre; Ferraz, 1997).

No Brasil, a desigualdade social e econômica continua sendo um problema significativo e predominante. No entanto, a promoção da saúde ainda recebe pouca atenção em estudos científicos e é pouco aplicada nos centros de saúde. Isso ocorre devido ao enfrentamento do modelo tradicional da medicina, que se concentra na doença e adota uma abordagem assistencialista, além de uma educação em saúde que, geralmente, é conduzida de forma hierárquica, não priorizando o desenvolvimento da autonomia dos indivíduos. Essa realidade reflete em uma baixa participação nas estratégias de saúde, resultando em um impacto limitado no desenvolvimento social do país (CARNEIRO et al., 2012).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), estabelecida em 2006 pela Portaria MS/GM nº 687, tem passado por redefinições desde então, reafirmando o compromisso do Estado Brasileiro em ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), reestruturando o desenvolvimento dessas ações na Atenção Primária à Saúde e na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Os valores e princípios instituídos pela PNPS desempenham um papel essencial em suas ações de promoção da saúde (BRASIL, 2018), que incluem: “a) reconhecer a subjetividade das pessoas e dos coletivos no processo de atenção e cuidado em defesa da saúde e da vida; b) considerar a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça e a inclusão social como valores fundamentais para sua concretização; c) adotar como princípios a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrasetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade”.

Nesse contexto, a educação em saúde desempenha um papel fundamental no processo de promoção da saúde e prevenção de doenças e seus agravos. É essencial que essa educação adote metodologias ativas, as quais capacitam as pessoas a se tornarem mais autônomas, o que é indispensável para promover efetivamente a saúde. Dessa forma, elas poderão promover mudanças necessárias em seus próprios hábitos de vida e buscar uma melhor qualidade de vida dentro dos determinantes sociais de saúde (BUSS, 2000). Afinal, a educação em saúde é um dos principais recursos para viabilizar a promoção da saúde na atenção primária à saúde no Brasil.

A equipe de profissionais de saúde desempenha um papel fundamental na prestação de serviços de saúde de qualidade, para isso, é primordial que sejam capacitados e atualizados. Além disso, a colaboração e o trabalho em equipe são instrumentos fundamentais, como destacado por Alves, Boehs e Heidemann (2012). Através de uma comunicação efetiva e uma escuta ativa, a equipe deve ser capaz de identificar os problemas enfrentados pela população, levando em consideração a natureza multifatorial do processo de saúde-doença, bem como os fatores epidemiológicos.

Para alcançar os objetivos da educação em saúde, é crucial compreender a diferença entre promoção e prevenção em saúde, que muitas vezes são confundidas e tratadas como sinônimos. No caso da prevenção em saúde, trata-se de um conjunto de recursos com o objetivo de controlar as doenças e seus agravos para alcançar a saúde, baseando-se na compreensão da relação saúde-doença. De acordo com o estudo de Dias, Silveira e Witt (2009), exemplos de prevenção em saúde incluem o controle alimentar dos hipertensos e diabéticos, prática de atividades físicas, a vacinação, a prevenção de quedas em idosos, exames pré-natais e preventivos, entre outros temas relacionados a doenças. Essas atividades são fundamentais para a manutenção da saúde e a informação é um requisito prévio para a promoção de mudanças.

A promoção da saúde tem sido objeto de diferentes interpretações e conceitos ao longo do tempo, tanto no Brasil quanto no mundo, como destacado por Brasil (2021). Atualmente, o conceito de promoção da saúde está consolidado por meio da política de promoção de saúde. O Ministério da Saúde (MS) define a promoção da saúde como “uma estratégia do setor de saúde para melhorar a qualidade de vida da população” (BRASIL, 2021). Isso implica em um conjunto de ações em que os determinantes sociais da saúde desempenham um papel fundamental no impacto sobre a qualidade de vida das pessoas. Portanto, é fundamental reconhecer os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e implementar estratégias que atuem nesses aspectos individuais e coletivos (BRASIL, 2021).

Entretanto, é importante compreender a evolução das bases conceituais e políticas da promoção da saúde. De acordo com um breve contexto histórico construído por HEIDMANN et al. (2006), a Carta de Ottawa, resultante da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada no Canadá em 1986, introduziu uma nova perspectiva sobre a promoção da saúde. Essa perspectiva é caracterizada como um “processo de capacitação da comunidade para melhorar sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo”.

Esse documento se tornou uma referência para as subsequentes Conferências Internacionais de Promoção da Saúde organizadas pela OMS (Adelaide, 1988; Sundswall, 1991; Bogotá, 1992; Jacarta, 1997; México, 2000, Bangkok, 2005). É importante destacar que esse conceito foi elaborado como resposta às desigualdades socioeconômicas globais e ganhou maior força nos últimos vinte anos.

Nesse contexto, a Carta de Ottawa representou um marco na promoção da saúde e na sua implementação no campo da saúde. Sua definição abrange diversas áreas de atuação, como políticas públicas saudáveis, criação de ambientes propícios à saúde, reorientação dos serviços de saúde, capacitação comunitária e fortalecimento da participação popular. O objetivo é desenvolver habilidades individuais e coletivas para aumentar a autonomia da sociedade e alcançar a saúde de seus membros (HEIDMANN et al., 2006).

Remetendo ao contexto nacional, a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 estabeleceu a saúde como um direito social irrevogável, como os demais direitos humanos e de cidadania. Em 1988, a Constituição Federal instituiu o SUS, assegurando a universalidade do sistema de saúde e a implantação de políticas públicas em defesa da vida (DIAS et al., 2018). Os princípios norteadores do SUS de acesso universal, integralidade da assistência, equidade, igualdade e ampla participação social, foram fundamentais para o desenvolvimento da promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde.

O conceito ampliado de saúde foi incorporado à Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, 1990) do SUS, buscando superar a concepção de saúde como mera ausência de doença, centrada apenas em aspectos biológicos. Dessa forma, a promoção da saúde também é influenciada por um contexto histórico e político de luta no país, e tem sido uma prioridade desde o processo de redemocratização do Brasil.

A Política Nacional de Promoção da Saúde do SUS veio consolidar práticas voltadas para o trabalho multidisciplinar e intersetorial, considerando a autonomia e a singularidade dos indivíduos, seus territórios e contextos nos quais estão inseridos. Os objetivos fundamentais da PNPS são ações articuladas para promover mudanças nos processos de planejamento, execução e análise do trabalho em saúde, ampliando o potencial de saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2018).

Fundamentado no amplo conceito de saúde e no contexto da atenção básica no Brasil, (SANTOS et al., 2006) destaca que o trabalho com grupos de saúde é uma atribuição da equipe na Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo organizado por meio dos representantes e responsáveis pelas equipes, com recursos materiais, profissionais e sociais e sob a influência dos determinantes de saúde de uma população levando em consideração todas as particularidades multidimensionais da saúde lembradas acima.

Os grupos em saúde têm como objetivo criar um modelo de intervenção coletiva e multidisciplinar para auxiliar na promoção em saúde e um espaço de participação cooperativa de seus membros e desenvolvimento da autonomia, processo este em que seus sujeitos ampliam suas capacidades de fazer escolhas de forma livre e esclarecida (SANTOS et al., 2006).

Assim, esse espaço proporciona oportunidades de interação social baseadas no diálogo e no respeito às diferenças, permitindo a troca de experiências e a disseminação de conhecimento entre usuários e profissionais de saúde. Essas interações visam promover mudanças de comportamento, responsabilização, cidadania e consciência do direito à vida em condições dignas. Além disso, esses grupos representam uma construção social e política, valorizando os diversos saberes e oferecendo a possibilidade de intervenção crítica no processo de saúde-doença de cada pessoa, beneficiando tanto os usuários como os profissionais de saúde (SOUZA et al., 2005).

O trabalho em saúde realizado pelos grupos na Atenção Básica reflete a diversidade de práticas desenvolvidas pelos programas implantados de acordo com as diretrizes nacionais, abrangendo crianças, gestantes, portadores de doenças crônicas degenerativas, puericultura, pré-natal e planejamento familiar. Além disso, são realizadas atividades em sala de espera, oficinas terapêuticas e em grupos específicos de saúde sanitária e epidemiológica. Essas abordagens adequadas permitem compreender as situações enfrentadas pelos indivíduos e pela coletividade, apresentando maior eficácia no enfrentamento dos determinantes de saúde (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Diante da análise da revisão de literatura a respeito do tema selecionado e mediante sua relevância faz-se necessário o retomo dos grupos de educação em saúde na UBS Bonfim- SJDR, os quais foram suspensos devido à pandemia do Coronavírus. O objetivo dessa reorganização é promover a efetividade desses grupos na prevenção de doenças e promoção da saúde da população atendida.

## MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo vem sendo desenvolvido na UBS Bonfim em São João Del Rei-Minas Gerais, com profissionais de saúde que compõem a equipe Estratégia de Saúde da Família (ESF) dessa UBS como médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários, seus usuários cadastrados e com o apoio da equipe multiprofissional como psicólogo e nutricionista.

Para atingir o objetivo principal tal estudo foi realizado em etapas sendo a primeira delas a seleção e análise de 10 agravos em saúde enfrentados pela equipe com a utilização de dados epidemiológicos da plataforma E-SUS e discussão sobre os mesmos pelos profissionais envolvidos na ESF Bonfim, demonstrados no Quadro 1.

AGRAVOS	
1	Baixa adesão da população às ações educativas
2	Baixo controle dos Hipertensos e Diabéticos devido ao não retorno dos grupos pós Pandemia
3	Menor número de Agentes Comunitários de Saúde na Equipe de Saúde
4	Equipe pouco capacitada em relação ao registro correto dos indicadores Previne Brasil
5	Renovação de receitas sem a presença do paciente
6	Falta de cobertura pela ESF para todo o Município
7	Baixa adesão a atendimentos em Saúde Bucal
8	Elevado número de consultas de demanda espontâneas
9	Uso exacerbado de medicação controlada e aumento de transtornos pós pandemia
10	Crescimento dos bairros e microáreas com aumento da demanda assistencial

QUADRO 1- Os 10 principais problemas enfrentados na UBS-Bonfim:

Fonte: Autoria própria, 2023.

Em seguida, foram estabelecidos os descritores de cada problema para o aprofundamento da análise de cada agravo em saúde segundo o Quadro 2 abaixo.

<b>PROBLEMAS</b>	<b>DESCRITORES</b>
Baixa adesão da população às ações educativas	Dado coletado pela percepção da equipe, no qual nota-se pouca realização de ações educativas e baixa promoção do autocuidado e participação popular
Baixo controle dos Hipertensos e Diabéticos devido ao não retorno dos grupos pós Pandemia	Sem plano de retorno para os Grupos em Saúde como Hiperdia pela UBS, dados epidemiológicos demonstram baixo controle das Doenças Crônicas
Menor número de Agentes Comunitários de Saúde na Equipe de Saúde	Equipe com desfalque de ACS e relato de baixo incentivo a ocupação do cargo com permanência de áreas da ESF descobertas de profissionais e deficiência na assistência à população
Equipe pouco capacitada em relação ao registro correto dos indicadores Previne Brasil	São necessários cursos constantes de atualização e capacitação da equipe para o preenchimento correto dos Indicadores do Previne Brasil pela plataforma E-SUS
Renovação de receitas sem a presença do paciente	Detectado por percepção da Equipe, no qual observa-se a necessidade de realizar grupos de receita no qual o paciente seja avaliado a cada 6 meses.
Falta de cobertura pela ESF para todo o Município	Congestão da estrutura da ESF com desassistência da população, dificuldade de formação de vínculo e baixa promoção de saúde e prevenção de doenças.
Baixa adesão a atendimentos em Saúde Bucal	Baixos encaminhamentos para atendimento da saúde bucal e pouca orientação a respeito da mesma
Elevado número de consultas de demanda espontâneas	Crescimento do atendimento descontinuado e focado na prática assistencialista.
Uso exacerbado de medicação controlada e aumento de transtornos pós pandemia	Agravado pelo isolamento social do período de pandemia nota-se o aumento do uso de medicação controlada, bem como dificuldade do desmame.
Crescimento dos bairros e microáreas com aumento da demanda assistencial	Aumento da procura pelos serviços de saúde que não estão previstos pela equipe de ESF, contribuindo para sobrecarga, desorganização e exoneração do sistema.

QUADRO 2- Problemas e seus descritores segundo análise da ESF da UBS-Bonfim:

Fonte: Autoria própria, 2023.

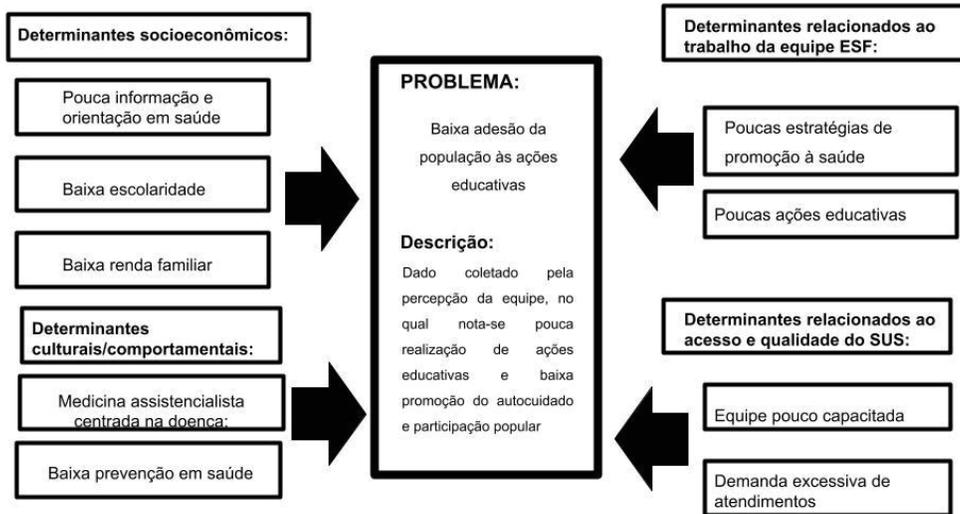
Por fim, por meio da utilização da Matriz Transcendência- Urgência- Capacidade (TUC), foi possível priorizar tais condições levando à definição do projeto de intervenção do trabalho aqui demonstrado, evidenciado no Quadro3.

<b>Problema</b>	<b>Transcendência (T)</b>	<b>Urgência (U)</b>	<b>Capacidade (C)</b>	<b>Total (TXUC)</b>
1-Baixa adesão da população às ações educativas	10	10	10	30
2-Baixo controle dos HAS/ DM devido ao não retorno dos grupos pós Pandemia	10	10	9	29
3-Menor número de Agentes Comunitários de Saúde na Equipe de Saúde	10	10	8	28
4-Equipe pouco capacitada em relação ao registro correto dos indicadores Previne Brasil	10	10	7	27
5-Renovação de receitas sem a presença do paciente	9	7	9	25
6-Falta de cobertura pela ESF para todo o Município	9	8	8	25
7-Baixa adesão a atendimentos em Saúde Bucal	8	8	8	24
8-Elevado número de consultas de demanda espontâneas	8	8	8	24
9-Uso exacerbado de medicação controlada e aumento de transtornos pós pandemia	8	8	8	24
10-Crescimento dos bairros e microáreas com aumento da demanda assistencial	8	7	6	21

QUADRO 3- Escore dos agravos em ordem decrescente segundo Matriz TUC:

Fonte: Autoria própria, 2023.

Nota-se após avaliação da matriz TUC que os 3 principais problemas em saúde são agravos que se complementam e suas causas e consequências estão alinhadas, exigindo um trabalho conjunto e consequente melhoria de ambos. Assim, foi realizado a determinação causal do problema prioritário selecionado “baixa adesão da população às ações educativas”, diagnóstico que surgiu da percepção pessoal e da equipe de saúde da UBS Bonfim no período pós pandemia observado no Fluxograma do Quadro 3 a seguir.



QUADRO 3: FLUXOGRAMA DE DETERMINAÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO

Fonte: Autoria própria, 2023.

Dessa forma, vem sendo realizado reuniões quinzenais com toda a equipe com enfoque na estruturação dos temas das ações educativas, da divisão de responsabilidades da equipe e na organização dos grupos, na definição do local de reunião de cada um deles e também no feedback, reflexão e reestruturação após final de cada ação para eventuais melhorias no processo.

As ações realizadas neste estudo visam o retorno dos grupos em saúde com o foco em educação, promoção em saúde, prevenção de doenças e participação popular que estavam suspensas devido ao período da pandemia do Coronavírus. Dessa forma, após diálogo com a equipe, a segunda etapa de planejamento das ações visa o retorno de 3 grupos iniciais: Gestantes e Puérperas; Hipertensos e Diabéticos e Tabagismo com reuniões mensais em cada grupo.

Os grupos acontecerão de forma mensal conforme planejamento, com duração por volta de 60-120 minutos, onde um profissional da saúde (médico, nutricionista, psicólogo, educador físico) aborda um tema escolhido e abre para debate e participação do grupo. Como acordado com a equipe as reuniões serão organizadas em formas de roda para aproximação e igualdade dos membros, permitindo um momento de troca de experiências e o desenvolvimento de autonomia.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante as reuniões com a equipe de saúde, foi possível constatar que o entendimento do grupo sobre promoção da saúde está alinhado com o referencial teórico apresentado neste trabalho. Ficou claro que a promoção da saúde não se resume ao tratamento de doenças e a distinção entre prevenção e sua abordagem biológica e promoção e sua abordagem social e psicológica foi evidenciada. Os aspectos relacionados à promoção, que foram discutidos, envolvem amplos fatores biopsicossociais como condições de vida e de cidadania, a valorização do diálogo, o fortalecimento da autonomia e a conscientização do cidadão, entre outros (Segre; Ferraz, 1997).

Diante da relevância do tema abordado no presente estudo e do agravo selecionado, entendemos que a Unidade Básica de Saúde exerce papel fundamental na promoção de saúde e não se pode negligenciar tais ações. Dessa forma foi criado o Plano de Intervenção demonstrado no Quadro 4 abaixo.

<b>Problema:</b> Baixa adesão da população às ações educativas				
<b>Objetivo:</b> Aumentar o número de ações educativas, promover conscientização da população sobre sua participação e retornar com os grupos de saúde como Hiperdia.				
<b>Meta de Resultado:</b> Realizar ações quinzenais e nos meses de referência (exemplo: Outubro Rosa e Novembro Azul) e realizar reuniões mensais com os grupos de saúde.				
<b>Ações do tipo Beta</b>	<b>Meta de Produto</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Início e Fim</b>
Reuniões com a equipe	Inicialmente realizar reuniões quinzenais para definir o plano de intervenção. Em seguida, discutir estratégias de ação, melhorias e dificuldades.	Médica, Enfermagem, Técnicos de Enfermagem, ACS, equipe multiprofissional como psicólogo e nutricionista.	1 ano	01/08/2023-01/08/2024
Fazer uma busca ativa dos pacientes HAS/DM	Atualizar os cadastros da população HAS/DM para retornar os grupos Hiperdia e um melhor acompanhamento	ACS	2 meses	01/08/2023-01/10/2023
Reuniões dos Grupos de Saúde	Retorno inicial dos Grupos do Hiperdia, Tabagista e Gestantes/Puérperas com reuniões mensais	Médica, Enfermagem e equipe multiprofissional como psicólogo e nutricionista.	1 ano	01/08/2023-01/08/2024
Divulgação das atividades e aumento da participação popular	Busca ativa, divulgação de panfletos na UBS e nas visitas domiciliares, divulgar nas redes sociais da prefeitura e secretaria de saúde	ACS, Médica, Enfermagem, Técnicos de Enfermagem.	1 ano	01/08/2023-01/08/2024

QUADRO 4- Plano de Intervenção:

Fonte: Autoria própria, 2023.

Os resultados alcançados até o presente momento do projeto de intervenção vem sendo restringidos devido a certas dificuldades enfrentadas no processo de intervenção que compõem os outros agravos de saúde levantados inicialmente nesta pesquisa. Entre eles estão a demanda excessiva de atendimentos, agravado pela falta de cobertura pela ESF no município e o crescimento dos bairros e microáreas com aumento da demanda assistencial; o desfalque de ACS nas áreas de abrangência que dificultam a divulgação das ações e geram um menor vínculo com a população, por exemplo.

Dessa forma, com o Plano de Intervenção estabelecido, facilita o processo de organização da equipe e o planejamento de ações concretas para, assim, desenvolver a autonomia dos grupos e indivíduos, ouvir atentamente a comunidade para compreender suas necessidades, resgatar e aprender com o conhecimento que a população possui e enxergar a saúde como um todo, de modo que esses conhecimentos possam se disseminar. Sabemos que temos muitos desafios e estamos realizando esforços diários para conseguir realizar de fato essas ações.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que o retorno das reuniões da equipe da ESF, das ações educativas e dos grupos de saúde, bem como a participação e autonomia popular é essencial para a real promoção em saúde que é peça fundamental da composição da Política Nacional de Saúde do Brasil e função básica da ESF como mencionado na fundamentação teórica.

Para isso, a equipe de saúde deve ser engajada e com a união dos esforços alcançar o propósito do presente projeto. Como citado: “O trabalho em equipe não é idealizado como uma simples superposição de profissionais em um mesmo espaço ou serviço de saúde. Longe disso, ele se caracteriza, teoricamente, pela relação interativa entre os trabalhadores, que trocam conhecimentos e se articulam para a produção de saúde da comunidade, relacionando e interagindo dimensões complementares de trabalho. Dessa perspectiva, há a primazia pela interdisciplinaridade e pela construção de projetos coletivos” (VIEIRA; CORDEIRO, 2005).

Nosso objetivo para 2023-2024 é que os grupos de saúde retornem e se efetivem, criando uma conscientização na população sobre a importância da promoção da saúde, da participação em ações educativas e do resgate do senso de coletividade na sociedade em que vivemos.

## REFERÊNCIAS

ALVES, L.H.S.; BOEHS, A.E.; HEIDEMANN, I.T.S.B. A percepção dos profissionais e usuários da Estratégia de Saúde da Família sobre os grupos de promoção da saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis; v. 21, n. 2, p. 401-8, 2012.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. 2023a. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/> Acesso em JUL 2023.

BRASIL. Estratégia E-SUS Atenção Primária. 2023b. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anexo I da Portaria nº 2, de 28 de setembro de 2017. Política Nacional de Promoção da Saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2018.

BRASIL. CARNEIRO, A.C.L.L.; DE SOUZA, V.; GODINHO, L.K.; DE FARIA, I.C.M.; SILVA, K.L.; GAZZINELLE, M.F. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 2, p. 115-20, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Promoção da Saúde. Aproximações ao Tema. **Ministério da Saúde**, Brasília-DF, Caderno 1, 2021.

DIAS, M.S.A.; DE OLIVEIRA, I.P.; DA SILVA, L.M.S.; VASCONCELOS, M.I.O.; MACHADO, M.F.A.S.; FORTE, F.D.S.; DA SILVA, L.C.C. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 103-114, 2018.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 5, n. 1, P.163-177, 2000

HEIDEMANN, I.T.S.B.; DE ALMEIDA, M.C.P.; BOEHS, A.E.; WOSNY, A.M.; MONTICELLI, M. Promoção em saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis; v. 15, n. 2, p.352-8,2006.

DOS SANTOS, S.K.Z.; DA ROS, M.A. Ressignificando Promoção de Saúde em Grupos para Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 2, p.189 – 196, 2016.

DOS SANTOS, L.M.; DA ROS, M.A.; CREPALDI, M.A.; RAMOS, L.R. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p.346-52, 2006.

DIAS, V.P.; SILVEIRA, D.T.; WITT, R.R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em Atenção Primária. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 221-27,2009.

DE SOUZA, A.C.; COLOMÉ, I.C.S.; COSTA, L.E.D.; DE OLIVEIRA, D.L.L.C. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 26, n.2, p. 147-53, 2005.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/sao-joao-del-rei.html>. Acesso em Jul 2023.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 538-42, 1997.

## CAPÍTULO 2

# DOENÇAS OESTEOMUSCULARES RELACIONADAS AO TRABALHO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BATIEIRO, CHAPADA DO NORTE-MG: CONSTRUÇÃO DE UMA AÇÃO MULTIDISCIPLINAR

*Data de aceite: 02/05/2024*

### **Jaqueline de Matos Lourenço**

Universidade de Brasília  
Chapada do Norte – MG  
<http://lattes.cnpq.br/4179966788034996>

### **Adriano Antonio da Silva Pedrosa**

Universidade de Brasília  
União dos Palmares – AL  
<http://lattes.cnpq.br/7148019341134693>

### **Kaique Roger Simas**

Universidade Federal de Minas Gerais  
Belo Horizonte-MG  
<http://lattes.cnpq.br/6284175920565495>

**RESUMO:** A população assistida pela Unidade Básica de Saúde Batieiro, em Chapada do Norte- Minas Gerais, assim como muitas outras Equipes de Saúde da Família (ESFs) do País, possuem alta demanda de trabalho e escassos recursos para uma eficiente assistência na saúde primária. Considerando o “tempo de agenda” como um dos insumos mais escassos, após análise de dados, observou-se que os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) possuem uma alta prevalência entre os usuários assistidos pela ESF Batieiro, ocupando quase 50% das causas de consulta sem

agendamento prévio na UBS, nos últimos 12 meses. Seguindo a visão do Método Altadir de Planificação Popular (MAPP), de Carlos Matus, entre fevereiro e março de 2023, foram realizadas duas reuniões de planejamento quinzenais da equipe, com o objetivo de enumerar os 10 principais problemas de saúde enfrentados pela comunidade e suas possíveis causas e consequências. Isolado o principal agravo da unidade a alta demanda de atendimento médico para DORT, foi proposto um plano de ação multidisciplinar que tenha um enfoque no tratamento adequado e, principalmente, na prevenção de agravos por DORT. Foi construída uma proposta de ação que inclui atendimento e atividades com todos os profissionais, além de aconselhamento jurídico com ajuda do Sindicato dos Trabalhadores Rurais do município. Com este trabalho, espera-se diminuir a demanda por consulta médica curativa e, conseqüentemente, aumentar o tempo empregado em atividades médicas que promovam a prevenção de agravos.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Dor Crônica; Planejamento; DORT; Equipe multiprofissional.

## WORK-RELATED OESTEOMUSCULAR DISEASES IN THE BATIEIRO BASIC HEALTH UNIT, CHAPADA DO NORTE-MG: CONSTRUCTION OF A MULTIDISCIPLINARY ACTION

**ABSTRACT:** The population assisted by the Batieiro Basic Health Unit, in Chapada do Norte-Minas Gerais, as well as many others ESF's in the country, have a high demand for work and scarce resources for efficient primary health care. Considering the "agenda time" as one of the scarcest inputs, after analyzing the data, it was observed that work-related musculoskeletal disorders (WMSD) have a high prevalence among users assisted by the ESF Batieiro, occupying almost 50% of the causes of appointments without prior appointment at the UBS in the last 12 months. Following the vision of the Altadir Method of Popular Planning (MAPP), by Carlos Matus, between February and March 2023, two fortnightly team planning meetings were held, with the aim of listing the 10 main health problems faced by the community and its possible causes and consequences. Having isolated the main problem of the unit, the high demand for medical care for WMSDs, a multidisciplinary action plan was proposed that focuses on adequate treatment and, mainly, on the prevention of WMSD injuries. An action proposal was created that includes assistance and activities with all professionals, in addition to legal advice with the help of the Union of Rural Workers in the municipality. One of the expected objectives is to reduce the demand for curative medical consultations and consequently increase the time spent on medical activities that promote the prevention of injuries.

**KEYWORDS:** Primary Health Care; Chronic pain; Planning; DORT; team Multidisciplinary.

### INTRODUÇÃO

Para aplicação prática dos conhecimentos adquiridos no curso de especialização em Saúde da Família da Universidade de Brasília (UNB) e Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA - SUS), para o Programa "Mais Médicos", e que para tanto propõe a identificação; problematização e consequentes soluções de agravos na unidade básica de saúde de atuação da autora, UBS do Batieiro, localizada na zona rural da cidade de Chapada do Norte, Minas Gerais.

O entendimento da situação sanitária necessita da análise dos determinantes socioeconômicos e ambientais, que ajudam a explicar a prevalência dos agravos e até óbitos. O Programa Saúde da Família (PSF) Batieiro assiste toda a comunidade do Batieiro, distrito rural localizado a seis quilômetros da sede do município. Ao todo, 1023 pessoas estão cadastradas, estando à maior parte dos seus integrantes (576) na faixa etária acima dos 45 anos. Esses e outros dados são essenciais para a construção de um serviço de atenção primária em determinada localidade, pois o passo inicial para o planejamento – ferramenta indispensável para qualificação de um serviço de atenção básica- é moldado pelo conhecimento da população, do ambiente e dos fatores políticos e socioeconômicos da região a ser trabalhada.

Essas são apenas algumas das características/informações que devem ser de conhecimento do profissional de saúde para a execução de ações que tenham como finalidade o funcionamento adequado da unidade básica de saúde. Na implantação da atenção primária é necessário realizar a coleta atualizada de informações coletivas e individuais (Vigilância). Esse é o marco inicial do planejamento, o qual permite, por fim, a realização e a concretização de propostas de cuidado clínico (coletivo e individual) para aquela comunidade alvo. O conjunto dessas tarefas também é chamado de gestão.

As doenças osteomusculares entraram, após análise, como problema mais urgente pela equipe levando ao objetivo específico deste trabalho o de elaboração de um plano de ação que permita a diminuição da incidência de atendimentos curativos pelo corpo clínico da equipe para DORT, e aumento do tempo empregado em atividades de prevenção desse agravo.

As doenças cardiovasculares, assim como no restante do País (DATASUS, 2023), somam-se como as mais prevalentes e como maiores causadoras de morbidades na população em questão. Doenças como a hipertensão arterial sistêmica estão presentes em 30% dos usuários (310 hipertensos). A insuficiência cardíaca, principalmente, agravada pela Doença de Chagas (localização em área endêmica), também é relevante nesse estudo, posto que ao total existam 34 pessoas portadoras do T. Cruzi.

Agravando os problemas cardiovasculares, e também como fonte inicial do problema, a dieta rica em carboidratos simples, sódio, gorduras e ultraprocessados aumentaram a porcentagem de obesos na comunidade nos últimos anos (DATASUS, 2023), doenças metabólicas como diabetes e hipercolesterolemia também podem ser citadas com um número atual de 66 e 288 pessoas, respectivamente.

O envelhecimento da população adstrita e a somatória de várias comorbidades (em um mesmo indivíduo) proporcionaram uma taxa preocupante do diagnóstico de polifarmácia, além do uso indiscriminado de medicamentos sem prescrição médica.

Uma população, majoritariamente, idosa, requer uma atenção redobrada para os profissionais de saúde em relação à orientação e fornecimento dos medicamentos. Esse dado é agravado pelo considerável número de semianalfabetos e analfabetos (175 pessoas) que por muitas vezes apresentam maior dificuldade em auto administrar seus medicamentos diários.

Problemas e queixas osteomusculares correspondem a 40% das causas de atendimentos individuais no último ano no PSF. Possivelmente consequência do trabalho praticado pela maioria dos pacientes, uma vez que quase metade participa do fluxo migratório ainda existente na região, para as colheitas de café e cana de açúcar em outros Estados da federação (IBGE, 2016). Também exercem trabalho em suas próprias lavouras contribuindo para o aparecimento de doenças relacionadas ao trabalho como lesões crônicas, cortes e fraturas.

A lida e a proximidade com o campo e a mata nativa pode ser a justificativa para outro dado relevante nos atendimentos, que são os acidentes com animais peçonhentos, principalmente escorpião. A maioria destes acidentes é leve e em adultos, com eventuais casos graves, e com um registro de óbito infantil no último ano, após contato com o escorpião amarelo (IBGE, 2016).

Outra característica marcante é a presença de três comunidades quilombolas e outras quatro em processo de documentação e confirmação pela Fundação Palmares (IBGE, 2016). Com mais de 90% da população autodeclarada negra ou parda e traços culturais únicos, ainda não totalmente absorvidas e trabalhadas pela equipe de saúde.

## OBJETIVOS

- **Geral:** Construir um plano de ação coerente, conforme critérios epidemiológicos, éticos, econômicos e sociais, de modo a atender à responsabilidade sanitária da Estratégia Saúde da Família.

- **Específicos:**

- Diagnosticar e tratar todos os casos de DORT da comunidade. Treinar a equipe/ comunidade e fomentar a educação continuada aos agentes comunitários de saúde na atenção à saúde do paciente com DORT.
- Melhorar o tratamento dos pacientes identificados com DORT.
- Melhorar a informação da comunidade sobre os direitos do trabalhador rural.

## JUSTIFICATIVA

No atendimento primário de saúde o objetivo final é bem claro e definido não apenas pela satisfação dos usuários, mas também pelo conjunto de metas utilizadas como sendo ideais por órgãos superiores, no caso, pelo Ministério da Saúde (MS). Aglutinando todas essas metas e parâmetros as Situações Objetivo (SO) são resumidas em aumentar a eficiência e a eficácia dos serviços no desenvolvimento das suas funções protetoras, reabilitadores e promotores da saúde.

As características, da unidade básica de saúde em estudo, e da própria região onde está localizada, exigem uma gestão eficiente para driblar a escassez, sempre constante, de insumos, tempo e profissionais capacitados. Seguindo a visão do Método Altadir de Planificação Popular (MAPP), de Carlos Matus, é necessário um planejamento antes de qualquer ação executada na atenção primária. Essa, por ser uma metodologia fácil e prática, foi escolhida como ferramenta de planejamento e construção de ações deste trabalho.

Sem o planejamento, a ação gerenciadora é falha, visto que ele expõe o verdadeiro objetivo de qualquer ação executora, ou seja, qual direção seguir para alcançar o objetivo final proposto, também chamada de “Situação Problema”. Depois de identificado os mais frequentes problemas e gargalos da equipe de saúde, o passo seguinte será o de planejamento.

Os problemas mais urgentes e como eles serão enfrentados nortearão todas as atividades da equipe. Tal escolha em uma equipe multidisciplinar é realizada após consenso em toda a equipe, ou seja, o planejamento é um processo político. As diferentes visões de futuro sobre as estratégias devem ser respeitadas e acordadas, uma vez que a saúde dos indivíduos depende de uma visão multidisciplinar e biopsicossocial (OMS, 1948).

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) resumem um conjunto de lesões ou agravos da musculatura humana, sistema nervoso periférico, tendões e articulações, adquiridos através do processo de trabalho, e que quase sempre demanda de determinado tempo e tratamento adequado para recuperação. Entre suas características mais marcantes podem ser citadas a dor localizada, dormência ou limitação física (MAIMAITI, 2023).

As disfunções osteomusculares possuem uma alta prevalência entre os usuários assistidos pela ESF Batieiro, ocupando quase 50% das causas de consulta sem agendamento no PSF nos últimos 12 meses. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004), os agravos musculoesqueléticos são considerados como condições de maior fator incapacitante. “Dentre 209 condições de saúde, a dor lombar é a morbidade que mais contribui para incapacidade global e ocupa a sexta colocação em termos da carga global das doenças mensurada pelos Disability-Adjusted Life Year (DALYs)” (SILVA et al, 2019).

O “problema crônico de coluna ou costas” foi encontrado através da Pesquisa Nacional de Saúde 2013/2019 como a terceira principal causa entre as doenças crônicas não transmissíveis com as maiores prevalências na população. E o número de atendimentos e diagnósticos aumentou saindo de uma taxa de 18,5% em 2013 para 21,6% em 2019 para problemas crônicos de coluna no país. A idade média de início do problema crônico de coluna foi 35 anos (MATIAS, 2016), faixa etária na qual se encontra a maior parcela dos indivíduos economicamente ativos ou trabalhadores (IBGE, 2016).

De modo geral a principal queixa que leva o usuário ao atendimento nesses casos é a dor que pode ser aguda (com duração até 30 dias) ou crônica (início dos sintomas há mais de 30 dias). É comum tal queixa ser acompanhada de edema, calor e rubor acarretando comprometimento da funcionalidade do paciente. Além do prejuízo físico e comprometimento da capacidade laboral a qualidade de vida também é afetada. Tal sofrimento exige da atenção primária, porta de entrada desse paciente, uma atenção redobrada não só para a queixa individualizada, mas para todo o contexto de biopsicossocial do usuário afetado.

A maior parte das atividades laborais no campo envolve trabalho exaustivo, com posturas ergonomicamente inapropriadas e longos períodos em uma mesma posição. As somatórias dessas características resultam em riscos a saúde do trabalhador que podem levar a doenças crônicas musculoesqueléticas, isso porque a exposição a estes fatores pode trazer um desequilíbrio do músculo, uma biomecânica anormal e desvio do alinhamento neutro (KARUKUNCHIT, 2015). O trabalho físico árduo do trabalhador rural é um promotor de lesões ósseas e musculares, tanto agudas como crônicas, pois, podem, inicialmente, surgir como simples dores e evoluir para doenças mais complexas e que exigem maiores recursos do sistema de saúde.

A terapêutica das DORT envolve uma abordagem multidisciplinar, pois, podem se apresentar de múltiplas formas clínicas e possuírem variadas causas. O tratamento padrão ouro ocorre com a cooperação de uma equipe multidisciplinar que, principalmente na atenção primária deve avaliar cada caso individualmente para definir o procedimento terapêutico mais adequado (CHIAVEGATO, 2004).

Apesar de ser necessário programar protocolos de tratamento e acolhimento interdisciplinar para esse agravo na atenção primária a prevenção, um dos objetivos principais da estratégia de saúde da família no SUS, sempre será o melhor plano de enfrentamento para as DORT. Esse trabalho é ainda mais necessário em comunidades rurais com renda advinda de agricultura familiar onde programas de saúde do trabalhador, como obrigatórios em lei nos grandes latifúndios, não alcançam o usuário. Matias (2021) aponta que o desconhecimento quanto às ferramentas de prevenção é uma das causas desses e de outros distúrbios.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Para elucidação dos principais agravos sofridos pela população, entre fevereiro e março de 2023, foram realizadas duas reuniões de planejamento quinzenais da equipe, com o objetivo de enumerar os 10 principais problemas de saúde enfrentados pela comunidade e suas possíveis causas e consequências. Os encontros ocorreram na própria unidade de saúde e contaram com a presença de toda a equipe da ESF, composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma recepcionista, cinco agentes comunitárias de saúde, um motorista e uma auxiliar de serviços gerais.

Para confeccionar a fase inicial do planejamento para a Estratégia de Saúde da Família Batiêiro, após análise de informações dos cadastros dos usuários no e-SUS (sistema de prontuário eletrônico do SUS), foram identificados os dez agravos mais relevantes da comunidade, após a análise da taxa de incidência deles, tendo como base de dados o registro de prontuário eletrônico (relatório e-SUS) e as bases de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS.

	Problemas identificados
1	Acidentes do trabalho
2	Consultas para dores crônicas osteomusculares
3	Muitos casos de queda em idosos
4	Acidentes com animais peçonhentos
5	Muitos casos de insuficiência cardíaca por Doença de Chagas
6	Poucas ações preventivas focadas nas demandas da clientela
7	Alto índice de polifarmácia
8	Muitos casos de má adesão ou uso irregular da medicação
9	Não adesão a dietas mais balanceadas e saudáveis
10	Muitos casos de hipertensão e diabetes refratária ao tratamento

Quadro 1 – Dez principais problemas identificados na UBS do Batieiro, Chapada do Norte, Minas Gerais, junho de 2023.

Após a listagem concluída, foi realizada a pesquisa no Sistema de prontuário eletrônico do SUS (e-SUS), utilizado pelo município para levantamento de dados e descrição e quantificação dos problemas identificados. Relatórios gerenciais e de produtividade foram gerados pelo sistema e analisados para melhor compressão dos problemas. O quadro 2 ilustra essa etapa da pesquisa.

	Problemas identificados	Descritores
1	Acidentes do trabalho e subnotificação	7 notificações de acidentes de trabalho
2	Consultas para dores crônicas osteomusculares	48 % de todos os atendimentos por demanda espontânea são com CID relacionados à dores crônicas osteomusculares.
3	Muitos casos de queda em idosos	Média de 6 atendimentos/mês por queda
4	Acidentes com animais peçonhentos	Três notificações em 2022 e uma morte.
5	Muitos casos de insuficiência cardíaca por Doença de Chagas	34 pacientes chagásicos crônicos
6	Poucas ações preventivas focadas em combate a violência	6 notificações de violência nos últimos seis meses
7	Alto índice de polifarmácia	80 % dos hipertensos e diabéticos com mais de 4 classes de medicamentos
8	Muitos casos de má adesão ou uso irregular da medicação	30 % dos atendimentos apresentam irregularidade no uso dos medicamentos
9	Não adesão a dietas mais balanceadas e saudáveis	Aumento da média de peso nas avaliações
10	Muitos casos de hipertensão e diabetes refratária ao tratamento	312 hipertensos 66 diabéticos

Quadro 2—Descritores dos problemas identificados na UBS do Batieiro, Chapada do Norte, Minas Gerais, junho de 2023.

Após listagem dos agravos utilizou-se ferramentas, para destaque dos itens mais relevantes encontrados (Matriz TUC). Os critérios desse método incluem: transcendência (T - transcendência do problema para gestores e técnicos da organização, para as forças sociais que o apoiam e para a população), urgência (U- urgência do problema e implicação da postergação do enfrentamento do problema) e capacidade (C- capacidade de enfrentamento do problema e possibilidade de obter efeitos de impacto dentro do horizonte de tempo do plano). Para esses critérios foram atribuídos valores (1, 2 ou 3), isto possibilitou a visualização dos problemas de maior destaque. Este cálculo consta no quadro 3.

PROBLEMA	CRITÉRIOS (Valores de 1 a 3*)			TOTAL
	Transcendência (T)	Urgência (U)	Capacidade (C)	(T x U x C)
Acidentes de trabalho e subnotificação	3	3	3	27
Consultas para dores crônicas osteomusculares	3	3	3	27
Muitos casos de queda em idosos	3	3	2	18
Acidentes com animais peçonhentos	1	3	1	3
Muitos casos de insuficiência cardíaca por Doença de Chagas	3	1	3	9
Poucas ações preventivas focadas em combate a violência	2	3	2	12
Alto índice de polifarmácia	3	2	3	12
Muitos casos de má adesão ou uso irregular da medicação	3	1	3	9
Não adesão a dietas mais balanceadas e saudáveis	3	1	3	9
Muitos casos de hipertensão e diabetes refratária ao tratamento	3	1	3	9

Quadro 3– Matriz de seleção de prioridades de problemas (Matriz TUC),UBS do Bateiro, Chapada do Norte, Minas Gerais, junho de 2023.

Para a seleção do problema prioritário, utilizou-se a Matriz TUC além da análise crítica da equipe, pois dois itens da análise obtiveram a mesma pontuação (27 pontos). Levando-se em conta dois itens com maiores pontuações dos critérios, um problema foi selecionado para como foco principal do trabalho de intervenção a ser desenhado. Durante a escolha também se percebeu que os assuntos estariam interligados e que o trabalho para enfrentamento de um influenciaria de maneira positiva nos outros dois agravos. Também foi considerando a capacidade de enfrentamento da questão e a agilidade da execução do plano. O item escolhido foi a “Elevada demanda de consultas para dores crônicas osteomusculares relacionadas ao trabalho”.

Após a seleção dos dez problemas e sua análise (quadro 3), e consequente eleição dos três agravos mais bem pontuados pela matriz de TUC, foi construída a chamada “tempestade de ideias”, nas quais várias possíveis redes causais foram sugeridas como fomentadoras desses agravos. O quadro 4 ilustra a construção da rede causal para as três principais questões no atendimento da comunidade.

Problema: Elevada demanda de consultas para dores crônicas osteomusculares		
Descritores	Causas	Consequências
48 % de todos os atendimentos por demanda espontânea são com CID-10 relacionados à dor crônica osteomusculares.	A maioria da população tem como função laboral a atividade rural autônoma. Baixa resolutividade	Alto índice de lesões osteomusculares na população trabalhadora local. Hiperutilização
	Fisioterapia na sede do município	Pouca adesão ao tratamento fisioterápico.
	Pouca instrução sobre ergonomia e trabalho.	Execução das atividades de maneira inadequada
Problema: Muitos casos de queda em idosos.		
Descritores	Causas	Consequências
Média de 6 atendimentos/ mês por queda	Uso de calçados inadequados	Queda da própria altura
	Acessibilidade inadequada	Queda da própria altura
	em casa e ambientes externos	
	Baixa acuidade visual	Queda da própria altura
Problema: Acidentes de trabalho e subnotificação		
Descritores	Causas	Consequências
7 notificações de acidentes de trabalho	Pouca informação sobre segurança do trabalho no campo	Elevada taxa de acidentes e lesões relacionadas ao trabalho
	Pouca adesão a EPIs	Elevada taxa de acidentes e lesões relacionadas ao trabalho

Quadro4– Rede causal dos principais problemas de saúde, UBS do Batieiro, Chapada do Norte, Minas Gerais, junho de 2023.

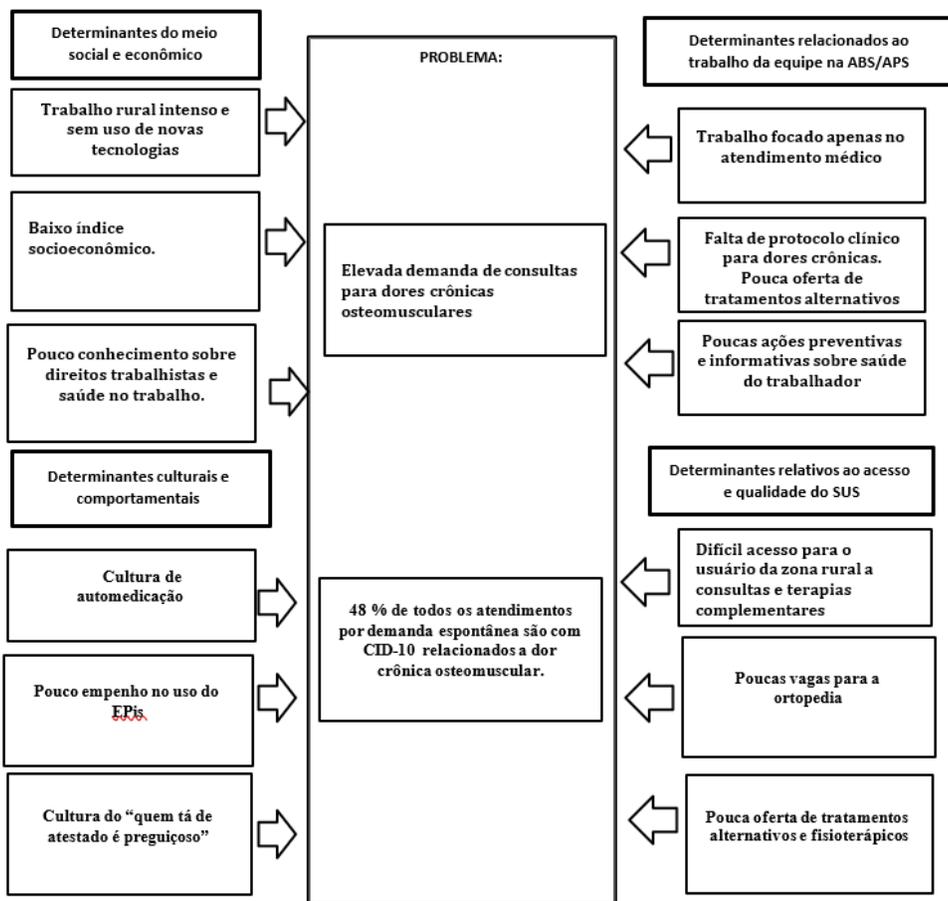


Figura 01 – Quadro de determinação do problema selecionado, UBS do Batieiro, Chapada do Norte, Minas Gerais, junho de 2023.

Problemas e queixas osteomusculares correspondem a mais 40% das causas de atendimentos individuais no último ano no PSF. Possivelmente consequência do trabalho praticado pela maioria dos pacientes, uma vez que quase metade participa do fluxo migratório ainda existente na região, para as colheitas de café e cana-de-açúcar em outros estados da federação (IBGE, 2016). Também exercem trabalho em suas próprias lavouras contribuindo para o aparecimento de doenças relacionadas ao trabalho como lesões crônicas, cortes e fraturas. A figura 1 ilustra outros fatores socioeconômicos e culturais, além de determinantes relativos ao acesso e qualidade do SUS e da própria altura.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Análise do Problema

Após a seleção do problema – “Elevada demanda de consultas para dores crônicas osteomusculares” –, como o foco do trabalho de ação, mais uma análise foi necessária e seus principais determinantes foram apontados.

No âmbito das determinantes socioculturais é possível identificar características como trabalho rural intenso e arcaico (baseado principalmente na força humana sem associação de novas tecnologias, como tratores ou roçadeiras elétricas, etc.), baixo poder aquisitivo das famílias, pouco ou nenhum conhecimento sobre o INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social e auxílio doença e outros benefícios que permitiriam o sustento da família durante recuperação de lesões e acidentes relacionados ao trabalho.

A desinformação e não utilização de EPIs (equipamentos de proteção individual) e a crença cultural de que o trabalhador rural afastado das atividades laborais é associado à “preguiça” podem ser apontados como principais determinantes individuais e socioculturais.

As determinantes relacionadas ao funcionamento do SUS e da própria equipe de saúde apontam para o pouco acesso a tratamentos alternativos a aqueles medicamentos como a fisioterapia (permanece centralizada na sede do município sem rede de transporte público) como principal ponto a ser trabalhado. Outras falhas do processo de trabalho são a centralização do tratamento apenas no atendimento médico ignorando outros profissionais da APS como a enfermeira, fisioterapeuta, nutricionistas e psicólogos. As escassas ações de prevenção focadas na saúde do trabalhador também devem ser revistas em um plano de ação abrangente.

### Plano de Intervenção

A proposta de intervenção construída levou em consideração a importância do atendimento multidisciplinar no cuidado de saúde de um indivíduo e seu ambiente. Qualquer plano de ação, para redução de dores osteomusculares, seria falho se não se iniciasse incluindo a contribuição da fisioterapia e cuidados de enfermagem como base do cuidado. Principalmente, se um dos objetivos, é diminuir a demanda por consulta médica curativa e, conseqüentemente, aumentar o tempo empregado em atividades médicas que promovam a prevenção de agravos.

A inclusão de atores sociais já conhecidos pela população alvo, como o Sindicato dos Trabalhadores, reforça a importância e credibilidade perante os indivíduos de interesse, pois já possuem relação de confiança e prestígio em ações realizadas pela entidade coordenadora municipal. Do mesmo modo preferiu se utilizar datas comemorativas para melhor alcance e divulgação de algumas ações a ser desenvolvidas, como a semana do dia Primeiro de Maio Dia do Trabalhador.

As demais propostas são baseadas na preposição que sempre será possível ajustar um método de trabalho para alcançar uma eficiência ainda maior. Nesse sentido ações de treinamento da equipe visando melhor atendimento, resolutividade e diagnóstico dos agravos por DORT tem prazos que variam de meses há prazo indeterminados. Tal cronologia garante o trabalho constantemente revisado cerca do tema para a equipe de saúde.

Problema: Grande número de casos de DORT no PSF Bateiro				
Objetivo: Diminuir novos casos e melhorar tratamento dos portadores de DORT já existentes.				
Meta de resultado: Diminuição de consultas por demanda espontânea, por agudização ou casos novos, de DORT				
Ações do tipo Beta	Meta de Produto	Responsável	Prazo	Início-Fim
Diagnosticar os casos de DORT da comunidade	Identificar todos os pacientes com DORT na comunidade através dos prontuários clínicos	Médica Enfermeira Fisioterapeuta	1 ano	Setembro/2023 a setembro/2024
Treinar equipe e comunidade de saúde sobre as DORT	Ações de orientação e educação continuada (equipe ESF) sobre DORT	Médica Enfermeira Fisioterapeuta	60 dias	Outubro a maio de 2023
Melhorar tratamento dos pacientes identificados com DORT	Criação do ambulatório de DORT no PSF com uma tarde com atendimento regular e multiprofissional	Médica Enfermeira Fisioterapeuta Nutricionista Psicólogo	1 ano	Setembro/2023 a setembro/2024
Melhorar a informação da comunidade sobre os direitos do trabalhador rural	Meta: Palestras e ações de educação sobre direitos do trabalhador e ergonomia	Médica Sindicato dos trabalhadores rurais Advogado da prefeitura	180 dias	Semana do dia do trabalhador/2024

Quadro 5– Plano de intervenção para o grande número de casos de DORT, UBS do Bateiro, Chapada do Norte, Minas Gerais, julho de 2023.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A falta de diagnóstico e tratamento interdisciplinar adequado é visível e se reflete no aumento de atendimentos médicos, por demanda espontânea, com queixa relacionada à DORT na ESF - Bateiro. Através desta proposta de intervenção buscamos amenizar tal situação e diminuir a incidência e prevalência das doenças osteomusculares na comunidade. Com a criação do ambulatório multiprofissional de DORT, espera-se uma importante redução do número de atendimentos médicos relacionados à casos agonizados de doenças osteomusculares em demanda espontânea. Isso ocorrerá, uma vez que tal demanda será absorvida por meio de consulta ambulatorial agendada, fazendo com que os pacientes tenham uma maior qualidade de vida e adequado manejo de suas comorbidades, inclusive evitando a prática de automedicação e polifarmácia.

A execução, mesmo não necessitando de grandes recursos financeiros, demanda grande colaboração da equipe de saúde e participação de terceiros atores presentes na comunidade e relacionados à causa (Sindicato dos Trabalhadores Rurais e Advogado, por exemplo).

Uma das possíveis causas de falha do plano pode ser atribuída ao pouco acesso da população ao tratamento fisioterápico devido a escassez de profissionais no município e a distância até o centro de reabilitação fisioterápico local. Uma maior descentralização do tratamento será necessária para esse fim, com a contratação de fisioterapeuta para atendimento na unidade de saúde. Tal fato dependerá de ajustes administrativos e políticos dos gestores públicos municipais.

Com este projeto poderemos aumentar de fato a melhora clínica dos pacientes, pois privilegia medidas preventivas e busca desenvolver ações de educação em saúde, tratamento individualizado e acompanhamento adequado dos casos. Com tais medidas objetiva-se a melhora da qualidade de vida desta população.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, RF et al. A Análise Ergonômica do Trabalho (AET) aplicada ao trabalho na agricultura: experiências e reflexões. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 40, n. 131. São Paulo: 2015.

CHAVES, R. Passos gerais para elaboração e implementação de programas de prevenção para lesões por esforço repetitivo e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT). *LOCUS: Revista Interdisciplinar*, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 37-44, dez. 2020. Disponível em: <http://revistas.icesp.br/index.php/LRI/article/view/1498>. Acesso em: 21 de junho de 2023.

CHIAVEGATO FILHO LG, PEREIRA JR. A. LER/DORT: multifatorialidade etiológica e modelos explicativos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Fevereiro de 2004; 8(14): 149–62.

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 21 de março de 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA. E ESTATÍSTICA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE. 2013. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 12 de março de 2023.

MAIMAITI, N. et al. Cervical musculoskeletal disorders and their relationships with personal and work-related factors among electronic assembly workers. *Journal of Safety Research*, [s. l.], v. 71, p. 79-85, março. 2023. ISSN 0022-4375. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2019.09.018>. Acesso em: 12 de março de 2023.

MATIAS, AD. et al. LER/DORT: dominando a abordagem dessa síndrome no Brasil. In: KASHIWABARA, T. B. *Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no Brasil: uma abordagem holística e integrada*. Diamantina: UFVJM, 2021. cap. 4, p. 54-72. ISBN 978- 65-87258-16-4. E-book (249 p.).

MOREIRA, JPL et al. Rural workers' health in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. 8. Rio de Janeiro: 2015.

OMS. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Organização Mundial de Saúde, 2004.

KARUKUNCHIT, U. et al. Prevalence and risk factor analysis of lower extremity abnormal alignment characteristics among rice farmers. Dove press, v. 9. Austrália: 2015.

ROCHA, LP. et al. Association between pain and agricultural workload. Acta Paulista de Enfermagem, v. 27, n. 4. São Paulo: 2014.

SILVA JP, JESUS-MORALEIDA F, FELÍCIO DC, QUEIROZ BZ, FERREIRA ML, PEREIRA LSM. Fatores biopsicossociais associados com a incapacidade em idosos com dor lombar aguda: estudo BACE-Brasil. Ciência e Saúde Coletiva [J]. 24(7):2679-2690. Disponível em:<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1011858>. Acesso em: 6 de e junho de 2023.

SOUZA MAP, DIAS JF, FERREIRA FR, MANCINI MC, KIRKWOOD RN, SAMPAIO RF. Características e demandas funcionais de usuários de uma rede local de reabilitação: análise a partir do acolhimento. Ciência e Saúde Coletiva. 2016 Oct; 21(10): 3277-3286. Disponível em:<https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/caracteristicas-e-demandas-funcionais-de-usuarios-de-uma-rede-local-de-reabilitacao-analise-a-partir-do-acolhimento/15666?id=15666>. Acesso em: 7 julho de 2023.

# AValiação e Prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica no Território da Equipe de Estratégia Saúde da Família Tocoios de Minas

*Data de aceite: 02/05/2024*

**Larissa Sarmiento Figueiró**

Universidade de Brasília – UnB  
Francisco Badaró - MG  
<https://lattes.cnpq.br/0666271305812210>

**André Ribeiro da Silva**

Universidade de Brasília – UnB  
Brasília-DF  
<http://lattes.cnpq.br/5028921287123224>

**RESUMO:** A Atenção Primária à Saúde é o local de primeiro contato dos indivíduos de uma comunidade com o sistema de saúde. O objetivo deste estudo é a elaboração um plano de ação coerente que possa contemplar de forma eficiente a prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência da equipe de Estratégia Saúde da Família Tocoios de Minas no município de Francisco Badaró. Trata-se de um estudo de intervenção prática apoiado no planejamento estratégico situacional do território atendido pela equipe de saúde. Foi realizada avaliação dos problemas locais e identificado o principal problema para elaborar uma rede de determinação causal. Os resultados demonstraram uma porcentagem da população hipertensa de 20,2%. A hipertensão arterial é o fator de risco modificável mais frequente

para doença coronariana identificado em estudos no Brasil e em outros países e o seu tratamento adequado reduz significativamente a mortalidade e a morbidade cardiovascular. As ações de promoção e prevenção a saúde são de grande relevância e essenciais na atenção básica e o seu planejamento focado no controle e na redução dos fatores de risco da Hipertensão Arterial Sistêmica busca resultados mais satisfatórios e melhor qualidade de vida da população.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Fator de risco, Hipertensão Arterial Sistêmica

## EVALUATION AND PREVENTION OF SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION IN THE TERRITORY OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY TEAM TOCOIÓS DE MINAS

**ABSTRACT:** Primary Health Care is the place of first contact of individuals in a community with the health system. The objective of this study is to develop a coherent action plan that can efficiently contemplate the prevention of Systemic Arterial Hypertension in the area covered by the Tocoios de Minas Family Health

Strategy team in the municipality of Francisco Badaró. This is a practical intervention study supported by the situational strategic planning of the territory served by the health team. An evaluation of local problems was carried out and the main problem was identified in order to develop a causal determination network. The results showed a percentage of the hypertensive population of 20.2%. Hypertension is the most frequent modifiable risk factor for coronary heart disease identified in studies in Brazil and other countries, and its adequate treatment significantly reduces mortality and cardiovascular morbidity. Health promotion and prevention actions are of great relevance and essential in primary care and its planning focused on the control and reduction of risk factors of Systemic Arterial Hypertension seeks more satisfactory results and better quality of life of the population.

**Keywords:** Primary Health Care, Risk Factor, Systemic Arterial Hypertension

## INTRODUÇÃO

A reorganização dos serviços de saúde no Brasil iniciou com a Constituição da República Federativa do Brasil, no ano de 1988, assegurando o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros e o dever do estado em provê-la (GOMES, 2015, p. 5). Após a criação do Sistema Único de Saúde, somente em 1997, o Programa Saúde da Família (PSF) é incluído como prioridade na política de saúde do Ministério da Saúde e na sequência ocorre a definição da Estratégia Saúde da Família (ESF) como porta principal de entrada da Atenção Básica à Saúde (GOMES, 2015, p. 9).

A Atenção Primária à Saúde é o local de primeiro contato dos indivíduos de uma comunidade com o sistema de saúde e com o processo de assistência à saúde, sendo responsável por resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população (GIOVANELLA et al., 2012).

O planejamento estratégico proposto para o Sistema Único de Saúde auxilia no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, uma vez que acrescenta responsabilidades aos entes públicos entre os três níveis federados, facilitando a execução de ações para alcançar resultados satisfatórios. Neste contexto é importante refletir sobre essa ferramenta nos processos de trabalho em saúde, pois permite melhor tomada de decisões para o enfrentamento dos problemas, contribuindo, assim, no melhor funcionamento dos serviços de saúde (LACERDA et al., 2012).

Na Saúde, o planejamento permite melhorar o desempenho dos serviços no desenvolvimento das suas funções. O planejamento é utilizado como um instrumento estratégico possibilitando conhecer e definir previamente o tipo de problema e/ou situação no qual pretende intervir para transformar a realidade de um território (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

Segundo Anjos e Souza (2017, apud TELES et al, 2020) “os profissionais de saúde devem aprimorar a integração multiprofissional, utilizando a comunicação, valorização social, flexibilização da divisão do trabalho e autonomia técnica para favorecerem a tomada de decisões e a aplicação do planejamento como instrumento estratégico de gestão”. É importante e necessário planejar as ações nos serviços de saúde para proporcionar uma prática transformadora.

De acordo com Barcellos et al. (2002) o território resulta de um agrupamento de circunstâncias históricas, ambientais e sociais que geram condições específicas para o surgimento de agravos. O reconhecimento do espaço geográfico determinando o território é um passo essencial para a configuração da população em questão e de suas morbidades, assim como para avaliação do impacto dos serviços disponibilizados sobre a saúde dessa população (GONDIM et al., 2008).

Segundo Pereira (2013, apud GOMES, 2015) os agravos relacionados à saúde, como as doenças, seus determinantes e o uso de serviços de saúde não são distribuídos ao acaso entre os indivíduos. Há grupos de uma determinada população que apresentam mais casos de certo agravo, por exemplo, e outros grupos que morrem mais por alguma doença. Estes eventos ocorrem devido ao fato do estado de saúde de um determinado grupo social serem influenciados por fatores distribuídos de forma desigual na população, acometendo mais determinados grupos do que outros.

O Sistema Único de Saúde utiliza de várias divisões dos territórios identificados para facilitar suas ações, dentre estes a micro área, área de abrangência de unidades de saúde, que são localidades que se estruturam no espaço e que são dotados de poder. (GONDIM et al., 2008).

O território a ser analisado pertence a unidade Básica de Saúde de Tocoíós de Minas, localizada no distrito quilombola do município de Francisco Badaró-IMG. A equipe da ESF desta unidade realiza cadastramento domiciliar de indivíduos e famílias, realiza diagnóstico situacional local, desenvolve ações direcionadas aos agravos de saúde mais prevalentes no território de forma ajustada com a comunidade. Atende consultas médicas, consultas de enfermagem, consultas e atendimentos odontológicos, realiza curativos, atendimentos e visitas domiciliares, realiza teste do pezinho, campanhas de vacinação e grupos operativos. O cartão SUS encontra-se implantado, com acesso ao prontuário eletrônico do cidadão - PEC.

Os principais problemas e/ou agravos que acometem a população do território avaliado são: Grande número de hipertensos na comunidade; Prevalência de transtorno mental; Grande tempo de espera para a consulta em cardiologia dos pacientes portadores de Doença de chagas; Dificuldade de acompanhamento nutricional dos pacientes diabéticos; Dificuldade para atendimento psicológico e manutenção do acompanhamento; Grande tempo de espera para realização de exames laboratoriais; Dificuldade no encaminhamento de pacientes com deficiência auditiva; Falta de medicamentos e materiais básicos e Ocorrência de muito edentulismo ente a população idosa. Os critérios utilizados para selecionar e extrair os “problemas e/ou agravos” foi o sistema e-SUS, a partir das fichas de atendimento individual, domiciliar e relatórios de atendimento dos últimos 6 meses e dados fornecidos pelas agentes de saúde.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GERAL

Elaborar a construção de um plano de ação coerente, visando a prevenção da hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência da equipe de Estratégia Saúde da Família.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever os principais problemas presentes no território de abrangência da equipe de Estratégia da Saúde da Família de Tocoíós de Minas

Identificar o principal problema que acomete a população local

Analisar as causas relacionadas ao número de hipertensos identificados e atendidos pela Equipe de saúde

### JUSTIFICATIVA

Tendo em vista a busca por soluções para as dificuldades e problemas que surgem no dia a dia da equipe de Estratégia saúde da família Tocoíós de Minas e que atenda às necessidades da população local justifica-se, então, o interesse em abordar este tema como parte de um trabalho de conclusão do curso de especialização em saúde da família. Trata-se de um assunto importante voltado para o planejamento estratégico e o incentivo a formulação de um plano que melhore a organização e o gerenciamento de ações e serviços da saúde proporcionando melhor qualidade de vida da população atendida. Além disso, possibilita uma melhor compreensão e planejamento por parte dos profissionais e gestores que atuam na Atenção Primária da Saúde.

### FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Atenção Primária à Saúde é o local em que a grande maioria dos indivíduos acessam o sistema de saúde garantindo, dessa forma, a resolução de grande parte dos problemas de saúde (GIOVANELLA et al., 2012). Já o planejamento estratégico proposto para o Sistema Único de Saúde auxilia no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e facilita a execução de ações gerando resultados satisfatórios (LACERDA et al., 2012).

O principal problema que acomete a população do território avaliado foi o grande número de hipertensos na comunidade. A hipertensão Arterial Sistêmica gera altos gastos para o sistema público de saúde através das internações hospitalares, previdência social, perda da condição de trabalho e da qualidade de vida (JULIÃO; SOUZA; GUIMARÃES, 2021). Segundo Nilson et al. os custos para o sistema de saúde no ano de 2018 atribuídos a HAS chega próximo ao valor de R\$ 2 bilhões por ano (2018, apud JULIÃO; SOUZA; GUIMARÃES, 2021).

A hipertensão arterial sistêmica no Rio Grande do Sul apresentou alta prevalência e persistiu como importante problema de saúde neste início de século (GUS et al., 2004). De acordo com Mills e Stefanescu (2020) há uma tendência global de ascendência, porém desigual da HAS, sendo que os países mais pobres apresentam maior taxa do que os países mais ricos. A HAS quando presente pode evidenciar alguns hábitos de determinada população e segundo Malta et al. (2015) a alta prevalência de fatores de risco alusivos à hábitos de vida da população brasileira merece atenção.

A influência da hipertensão arterial sistêmica em uma população pode ser modificada a partir de ações preventivas e de promoção da saúde. O plano de intervenção deve ser proposto de modo a impactar positivamente a comunidade em questão.

## **METODOLOGIA**

Estudo de intervenção prática apoiado no planejamento estratégico situacional do território atendido pela equipe Estratégia Saúde da Família de Tocoíós de Minas localizada no município de Francisco Badaró, Vale do Jequitinhonha, no interior de Minas Gerais. Inicialmente foram realizadas 2 reuniões com a equipe para coleta de dados e a seleção dos 10 problemas mais relevantes no território em questão. O estudo consultou fontes bibliográficas da base do Scielo, sites da internet, dados do sistema e-SUS, a partir das fichas de atendimento individual, domiciliar e relatórios de atendimento dos últimos 6 meses e dados coletados e fornecidos pelas agentes de saúde.

O planejamento estratégico situacional (PES) proposto por Matus (1994) descreve o planejamento como um processo participativo, dinâmico e contínuo que antecede e caminha junto a ação para a resolução de determinado problema. Método flexível que permite o ajuste do plano de ação a depender da realidade do momento.

Foi realizada a Análise da Situação de Saúde do Território coberto pela equipe ESF e identificado os 10 principais problemas e/ou agravos presentes. Na sequência foi feita a análise dos problemas elencados com os seus descritores, e aplicado os critérios de transcendência, urgência e capacidade de enfrentamento (matriz TUC) para estabelecer as prioridades dos problemas selecionados. Após esse processo foi transcrito os três problemas que ficaram com os maiores escores da Matriz TUC e analisado os três principais problemas com os seus descritores causas e consequências, a partir do conhecimento da realidade local. Por último foi realizada a escolha do principal problema para elaborar uma rede de determinação causal do problema.

No mês de março de 2023 foram identificados os 10 principais problemas e/ou agravos presentes no território de abrangência da equipe de Estratégia da Saúde da Família de Tocoíós de Minas, descritos no quadro 1 a seguir. A seleção dos problemas relevantes foi orientada pelo conhecimento da realidade.

	PROBLEMA
1	Grande número de hipertensos na comunidade
2	Prevalência de transtorno mental
3	Dificuldade de acompanhamento nutricional dos pacientes diabéticos
4	Grande tempo de espera para a consulta em cardiologia dos pacientes portadores de Doença de chagas
5	Dificuldade para atendimento psicológico e manutenção do acompanhamento
6	Grande tempo de espera para realização de exames laboratoriais
7	Dificuldade no encaminhamento de pacientes com deficiência auditiva
8	Falta de medicamentos e materiais básicos
9	Grande tempo de espera para consultas em pediatria
10	Ocorrência de muito edentulismo ente a população idosa

Os 10 principais problemas e/ou agravos presentes

Fonte: Elaboração do autor, 2023.

No quadro 2 foi analisado os problemas elencados com os seus descritores que descreve, mede e/ou quantifica cada problema.

	PROBLEMA	DESCRITORES
1	Grande número de hipertensos na comunidade	Porcentagem da população hipertensa 20,2%
2	Prevalência de transtorno mental	Porcentagem da população que apresenta transtorno mental 5%
3	Dificuldade de acompanhamento nutricional dos pacientes diabéticos	Indisponibilidade do profissional de nutrição por longos períodos
4	Grande tempo de espera para a consulta em cardiologia dos pacientes portadores de Doença de chagas	Tempo de espera de 6 meses para consulta em cardiologia
5	Dificuldade para atendimento psicológico e manutenção do acompanhamento	Insuficiência de recurso humano para atender a demanda
6	Dificuldade no encaminhamento de pacientes com deficiência auditiva	Ausência do profissional de fonoaudiologia na equipe
7	Falta de medicamentos e materiais básicos	Recursos financeiros escassos
8	Grande tempo de espera para realização de exames laboratoriais	Tempo de espera de 2 meses para realização de exames laboratoriais
9	Grande tempo de espera para consultas em pediatria	Tempo de espera de 4 meses para consulta de pediatria
10	Ocorrência de muito edentulismo ente a população idosa	Hábitos precários de higiene oral

2- Problemas vividos pela população e seus descritores

Fonte: Elaboração do autor, 2023.

A partir dos 10 principais problemas identificados na análise situacional de saúde, foram aplicados critérios de transcendência, urgência e capacidade de enfrentamento (matriz TUC) para estabelecer a prioridade dos problemas selecionados.

PROBLEMA	CRITERIOS (valores de 1 a 10)			TOTAL (T x U x C)
	Transcendência (T)	Urgência (U)	Capacidade (C)	
1. Grande número de hipertensos na comunidade	10	6	10	600
2. Prevalência de transtorno mental	10	5	10	500
3. Dificuldade de acompanhamento nutricional dos pacientes diabéticos	10	5	10	500
4. Grande tempo de espera para a consulta em cardiologia dos pacientes portadores de Doença de chagas	9	5	9	405
5. Dificuldade para atendimento psicológico e manutenção do acompanhamento	9	5	9	405
6. Dificuldade no encaminhamento de pacientes com deficiência auditiva	9	5	9	405
7. Falta de medicamentos e materiais básicos	9	5	9	405
8. Grande tempo de espera para realização de exames laboratoriais	9	5	9	405
9. Grande tempo de espera para consultas em pediatria	8	4	9	288
10. Ocorrência de muito edentulismo ente a população idosa	7	4	9	252

### 3 –Matriz TUC para a seleção dos problemas selecionados

Fonte: Elaboração do autor, 2023.

Os três problemas que ficaram com os maiores escores da Matriz TUC foram identificados no quadro a seguir.

PROBLEMA	
1	Grande número de hipertensos na comunidade
2	Prevalência de transtorno mental
3	Dificuldade de acompanhamento nutricional dos pacientes diabéticos

### 4- Os 3 principais problemas

Fonte: Elaboração do autor, 2023.

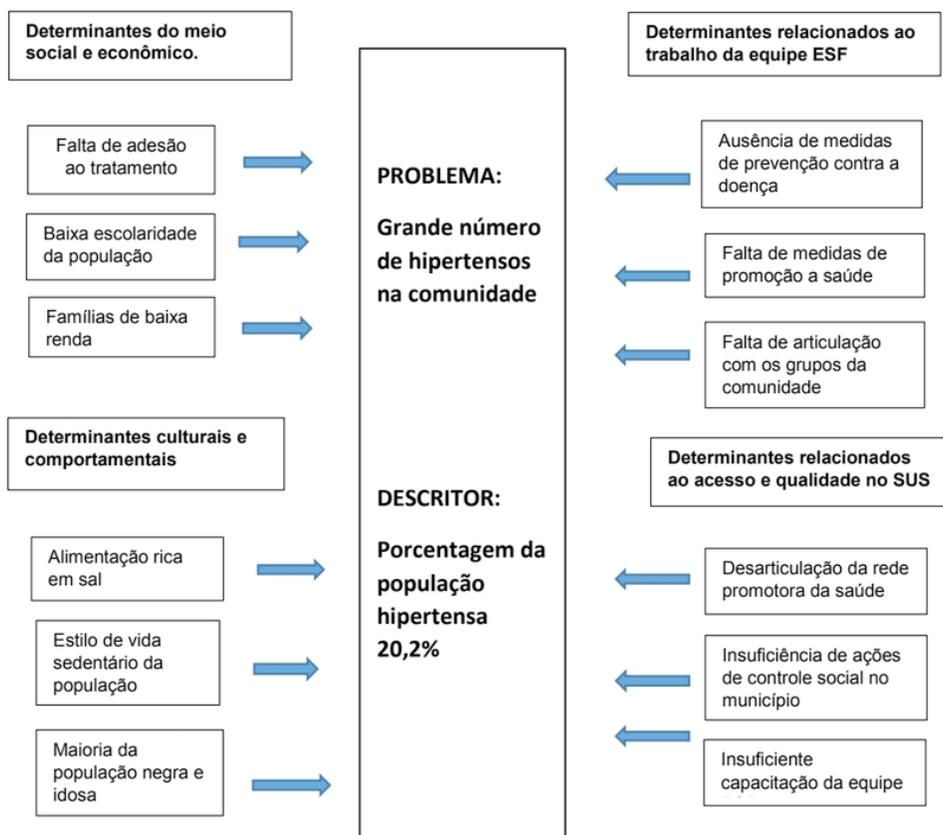
Os três principais problemas com os seus descritores, causas e consequências foram analisados a partir do conhecimento da realidade.

PROBLEMA 1	Grande número de hipertensos na comunidade	
DESCRIPTORIOS	CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS
Porcentagem da população hipertensa 20,2%	a) Alimentação rica em sal b) Uso irregular ou não uso de medicamentos	a) Maior risco de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares
PROBLEMA 2	Prevalência de transtorno mental	
DESCRIPTORIOS	CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS
Porcentagem da população que apresenta transtorno mental 5%	c) Ausência de atividades interativas entre os idosos principalmente d) Poucas vagas de trabalho na localidade	b) Alta demanda para atendimento especializado c) Afastamento das atividades laborais
PROBLEMA 3	Dificuldade de acompanhamento nutricional dos pacientes diabéticos	
DESCRIPTORIOS	CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS
Indisponibilidade do profissional de nutrição por longos períodos	e) Baixos salários para estes profissionais f) Unidade localizada na zona rural e pouco interesse dos profissionais	d) Mal adesão ao tratamento

5- Matriz de análise dos problemas selecionados

Fonte: Elaboração do autor, 2023.

O Quadro 6 foi elaborado a partir da identificação das causas de cada problema em questão e como eles estão relacionados entre si. Este quadro de problemas a seguir foi construído a partir das respostas à seguinte pergunta: por que ocorre um grande número de hipertensos no território da ESF de Tocoíós de Minas? Para este problema, foram encontradas as causas descritas no quadro abaixo de acordo aos determinantes do meio sociais e econômicos, determinantes culturais e comportamentais determinantes relacionados ao trabalho da equipe ESF e determinantes relacionados ao acesso e qualidade do SUS.



6- Quadro – Determinação causal do problema selecionado.

Fonte: Elaboração do autor, 2023.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As doenças cardiovasculares são o principal grupo de causas de morte da população adulta no Brasil (LIMA; PEIXOTO; FIRMO, 2004; GUS et al., 2004). A hipertensão arterial é o fator de risco modificável mais frequente para doença coronariana identificado em estudos no Brasil e em outros países (BONOTTO; MENDOZA; SUSIN, 2016). O tratamento adequado da hipertensão arterial reduz significativamente a mortalidade e a morbidade cardiovascular (LIMA; PEIXOTO; FIRMO, 2004). Sendo assim, de grande interesse para a saúde pública o conhecimento da prevalência da hipertensão arterial na população e a identificação dos grupos mais vulneráveis.

O estudo de Malta et al. (2015) identificou que o brasileiro de modo geral apresenta alto consumo de alimentos não saudáveis, priorizando alimentos gordurosos, consumo de álcool maior entre os homens, e moderada prática de atividades físicas, evidenciando a influência das equipes de saúde na instrução da população para a adoção de práticas de promoção da saúde e de hábitos de vida mais saudáveis.

A população coberta pela ESF de Tocoíós de Minas consiste de 1770 indivíduos, dos quais 20,2% são hipertensos, a grande maioria da população são negros ou pardos, idosos e apresentam baixa escolaridade.

Através dos resultados obtidos pelo estudo de Gus et al. (2004) foi possível associar fatores como a idade, a obesidade e a baixa escolaridade com a elevação do estado pressórico dos indivíduos. Estes dados deixam claro que a identificação e o controle da hipertensão arterial devem ser prioridade na abordagem da atenção primária à saúde.

Neste sentido, é necessário um plano de ação em que sejam executadas oficinas para uma melhor educação em saúde da população atendida pela ESF analisada, oficinas estas que trabalhem temas relacionados a alimentação saudável, orientação nutricional e que ensine a população a preparar os alimentos, além de formação de grupos que trabalhem a importância de prática regular de atividade física e estimulem a população com atividades variadas como dança, caminhadas e corridas. Treinamento da equipe de ESF para melhor orientação dos pacientes hipertensos quanto a importância da adesão ao tratamento e uso correto dos medicamentos.

Ações em grupos ou até mesmo individuais direcionadas a alimentação saudável, prática de atividade física e ao controle do peso corporal seriam de grande importância, sendo possível assim gerar um impacto positivo sobre a prevalência e controle de hipertensão arterial sistêmica. Estas ações poderiam ser direcionadas a distintos grupos sociais para facilitar a maior integração, sendo a participação destes no controle da própria doença uma parte fundamental do processo.

Para Julião, Souza e Guimarães (2021) a prática de um modelo de vida mais saudável associado ao uso de medicações de forma adequada diminuem as possibilidades de agravamento das doenças e resulta em melhor qualidade de vida e menor sobrecarga dos serviços da área da saúde.

É possível diminuir o impacto da hipertensão arterial sistêmica em uma população a partir da elaboração de ações de prevenção e abordagem adequada de seus fatores de risco, ou seja, desenvolvendo ações de promoção da saúde. O plano de intervenção está exposto na sequência para melhor visualização das ações propostas, metas, resultados esperados, responsáveis e prazos estabelecidos para sua implementação.

Problema: Prevenção da HAS e controle dos hipertensos atendidos pela ESF Tocoíós de Minas				
Objetivo: Desenvolver ações para prevenção da HAS e melhorar o controle dos hipertensos atendidos pela ESF Tocoíós de Minas				
Meta do resultado: Prevenção adequada quanto a novos casos e maior número de hipertensos com bom controle				
Ações do tipo Beta	Meta de Produto	Responsável	Prazo	Início-Fim
Capacitar toda a equipe da ESF para melhor abordagem e atendimento dos pacientes.	Equipe treinada e capacitada para lidar da melhor forma com o usuário da unidade.	Gestores, médica e enfermeira da atenção básica	Três meses	21/08/23 a 24/11/23
Realizar palestras educativas abordando temas relacionados a alimentação e estilo de vida mais saudável	População se alimentando de forma mais saudável e tendo maior adesão a prática regular de atividade física.	Médica, enfermeira, dentista, técnicos de enfermagem, agentes de saúde, educador físico, nutricionista e psicólogo da equipe multidisciplinar	Três meses	04/09/23 a 04/12/23
Gerenciar uma Unidade com bom controle dos hipertensos e com prevenção de forma eficiente.	Melhor qualidade de assistência implantada; Mecanismos de comunicação implantados entre os serviços disponibilizados pela unidade	Médica, enfermeira, dentista, técnicos de enfermagem, agentes de saúde, educador físico, nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo da equipe multidisciplinar	Três meses	04/09/23 a 04/12/23

#### 7 - Plano de intervenção

Fonte: Elaboração do autor, 2023.

O plano de Intervenção deve ser realizado conjuntamente com toda a equipe e a gestão para a obtenção dos resultados esperados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações de promoção e prevenção a saúde são de grande relevância e essenciais a atenção básica. A construção deste trabalho torna possível o planejamento de ações preventivas focadas no controle e na redução dos fatores de risco da Hipertensão Arterial Sistêmica buscando resultados mais satisfatórios. Para isso deveram ser aplicadas várias estratégias de oficinas educativas e de ações preventivas em conjunto com toda a rede de atenção básica na busca de uma melhor educação em saúde.

A partir da construção do plano de intervenção é possível visualizar a importância das ações propostas no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e no estímulo para uma vida mais saudável.

## REFERÊNCIAS

- BARCELLOS, C. C.; SABROZA, P. C.; PEITER, P.; ROJAS, L. I. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. 2002.
- BONOTTO, G. M.; MENDOZA-SASSI, R.A.; SUSIN, L. R. O. Conhecimento dos fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: um estudo de base populacional. *Ciênc saúde coletiva*. V.21, 2016. p. 293–302.
- GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I., eds. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 1097.
- GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M.; ROJAS, L. I.; BARCELLOS, C.; PEITER, P.; NAVARRO, M.; GRACIE, R. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. *Território, ambiente e saúde*, v. 1, 2008. p. 237-256.
- GOMES, E. C. de S. Conceitos e ferramentas de epidemiologia. Ed. Universitária da UFPE, Recife, 2015.
- GOMES, R.M.L. Processo de Trabalho e Planejamento na Estratégia Saúde da Família. Ed. Universitária da UFPE, Recife, 2015.
- GUS, I.; HARZHEIM, E.; ZASLAVSKY, C.; MEDINA, C.; GUS, M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol*. V. 83, n. 5, 2004. p. 424–8.
- JULIÃO, N. A.; SOUZA, A.; GUIMARÃES, R. R. M. Tendências na prevalência de hipertensão arterial sistêmica e na utilização de serviços de saúde no Brasil ao longo de uma década (2008-2019). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, 2021. p. 4007-4019.
- LACERDA, J.T; CALVO, M.C.M; BERRETA, I.Q; ORTIGA, A.M.B. Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. *Ciênc Saúde Colet*. 2012.
- LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V.; FIRMO, J. O. A. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). *Rev Saúde Pública*. V.38, 2004. p. 637–42.
- LIMA, K; RIBEIRO, E; DO SOCORRO, M. M. O planejamento estratégico no processo de implementação da política de atenção primária em um município da região metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil. *JMPHCI Journal of Management & Primary Health Care* ISSN 2179-6750, v. 3, n. 1, 2012. p. 15-25.
- MALTA, D.C; ANDRADE, S. S. C. A; STOPA, S. R; PEREIRA, C. A; SZWARCOWALD, C. L; SILVA, J. J.B; REIS, A. A. C. Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saude*, v. 24, n.2, 2015. p. 217-226.
- MATUS C. Política, planejamento & governo. Brasília: IPEA, 1993.
- MILLS, K. T; STEFANESCU, A. H. J. The global epidemiology of hypertension. *Nat Rev Nephrol*, v. 16, n. 4, 2020. p. 223-237.
- TANCREDI, F. B; BARRIOS, S. R. L; FERREIRA, J. H. G. Planejamento em saúde. São Paulo: São Paulo; 1998.
- TELES, I. D. F; COSTA, G. M. T; BERNARDO, J. A. C; PEREIRA, A. P. M; ALVES, A. G. P; ALMEIDA, M. I. Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 8, n. 1, 2020. p. 27-38.

## CAPÍTULO 4

# RESTRIÇÃO DE LOCOMOÇÃO COMO FATOR LIMITADOR À ADEÇÃO DE IDOSOS ÀS ATIVIDADES EM GRUPO NA UBS VIRLÂNEA AUGUSTO DE LIMA, NO MUNICÍPIO DE UBERABA – MG

*Data de aceite: 02/05/2024*

### **Luciana Claudia Silveira**

Universidade de Brasília - UnB  
Uberaba – MG  
<https://lattes.cnpq.br/6520869131008955>

### **André Ribeiro da Silva**

Universidade de Brasília – UnB  
Brasília-DF  
<http://lattes.cnpq.br/5028921287123224>

**RESUMO:** O planejamento é um processo indispensável no âmbito da atenção primária à saúde pois, as equipes de Saúde da Família desempenham um papel fundamental na promoção da saúde e prevenção de doenças na comunidade. Este estudo objetivou compreender a importância do planejamento em saúde na atuação das equipes de Saúde da Família, para fornecer subsídios para a melhoria da qualidade da assistência e promoção da saúde na comunidade. Trata-se de um estudo de abordagem mista, combinando elementos qualitativos e quantitativos realizado na Unidade de Saúde da Família Virilânea de Lima, com dados construídos através de informações levantadas nas reuniões semanais da Equipe de Saúde da Família, obtidas pelos Agentes Comunitários de

Saúde e pelos demais membros da equipe, em visitas domiciliares e através da análise das fichas de cadastro domiciliares e individuais. Dentre os agravos escolhidos pela equipe como de maior relevância para a população, destacaram-se três: Número de idosos incapazes de frequentar as atividades da Unidade de Saúde da Família; Longa espera para agendamento de consultas e a Demanda reprimida de doentes psiquiátricos para agendamento na rede secundária. Diante dos achados foi possível criar uma estratégia de enfrentamento para o problema elencado, como prioritário, na Unidade de Saúde da Família Virilânea Augusta de Lima, visando aumentar a participação dos idosos com dificuldade de locomoção, adstritos a área de atuação da Unidade de Saúde da Família Jardim Maracanã.

**PALAVRAS-CHAVE:** Restrição Física; Locomoção; Saúde do Idoso

# TRAVEL RESTRICTION AS A LIMITING FACTOR ON THE ADHERENCE OF ELDERLY PEOPLE TO GROUP ACTIVITIES AT UBS VIRLÂNEA AUGUSTO DE LIMA, IN THE MUNICIPALITY OF UBERABA – MG

**ABSTRACT:** Planning is an indispensable process in the context of primary health care, as Family Health teams play a fundamental role in promoting health and preventing diseases in the community. This study aimed to understand the importance of health planning in the work of Family Health teams, to provide subsidies for improving the quality of care and health promotion in the community. This is a study with a mixed approach, combining qualitative and quantitative elements, carried out at the Virlânea Family Health Unit in Lima, with data constructed through information collected in the weekly meetings of the Family Health Team, obtained by Community Health Agents and by the other members of the team, in home visits and through the analysis of household and individual registration forms. Among the problems chosen by the team as most relevant for the population, three stand out: Number of elderly people unable to attend activities at the Family Health Unit; Long waits to schedule consultations and the repressed demand of psychiatric patients to schedule appointments in the secondary network. In view of the findings, it was possible to create a coping strategy for the problem listed, as a priority, in the Family Health Unit Virlânea Augusta de Lima, aiming to increase the participation of elderly people with mobility difficulties, assigned to the area of activity of the Family Health Unit Jardim Maracanã.

**KEYWORDS:** Restraint, Physical; Locomotion; Health of the Elderly.

## INTRODUÇÃO

O planejamento é um processo crucial em qualquer organização e, no contexto da saúde, torna-se ainda mais importante. No âmbito da atenção primária à saúde, as equipes de Saúde da Família desempenham um papel fundamental na promoção da saúde e prevenção de doenças na comunidade. Para que essas equipes atuem de forma eficiente, é necessário que haja um planejamento estratégico que considere a realidade local, as necessidades da população atendida e a capacidade de enfrentamento da equipe, frente aos agravos (BRASIL, 2021).

Na elaboração desse estudo, que faz parte dos instrumentos de avaliação do curso de especialização em saúde da família, buscou-se discutir a importância do planejamento em saúde na atuação das equipes de Saúde da Família. Para tanto, foram estudados os principais conceitos relacionados ao planejamento em saúde, bem como a sua aplicação na atenção primária, com foco nas equipes de Saúde da Família, bem como os desafios enfrentados na implementação do planejamento em saúde e as estratégias para superá-los.

O pilar essencial para nortear esse trabalho, foi a realização de uma atenta análise da situação do território de abrangência da USF Virlânea Augusta de Lima, da cidade de Uberaba, apoiada no diagnóstico situacional da cidade, finalizado no mês de dezembro do ano de 2022. O levantamento de dados, para o desenvolvimento da referida análise, buscou avaliar as condições de saúde da população residente no setor Jardim Maracanã, onde situa-se a USF Virlânea Augusta de Lima, analisar o processo de trabalho da equipe de Saúde da Família e a rede de serviços disponível em nosso município.

Os dados utilizados, foram construídos através de informações levantadas nas reuniões semanais da Equipe de Saúde da Família, obtidas pelos ACS (Agentes Comunitários de Saúde) e pelos demais membros da equipe, em visitas domiciliares e através da análise das fichas de cadastro domiciliares (LIACC/SAMONTE, 2013) e individuais e por meio da análise dos indicadores do programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 (BRASIL, 2019).

Uma vez tendo os dados levantados, buscou-se utilizar os princípios do Planejamento Estratégico em Saúde (PES), para a elaboração de um plano de ação que contemplasse, ao mesmo tempo, as necessidades de nossa ESF, bem como nossa capacidade de enfrentamento dos problemas inerentes a essas necessidades.

## **OBJETIVO**

Elaborar um plano de ação/intervenção, que estivesse dentro de nossa área de governabilidade e que buscasse, essencialmente, o fortalecimento de nossas ações em saúde, respeitando as necessidade e prioridades específicas de nossa USF, Virlânea Augusta de Lima. A idealização das ações foram embasadas no modelo de Planejamento Estratégico em Saúde (PES).

## **JUSTIFICATIVA**

A realização desse estudo, evidenciou, de forma didática, a necessidade de uma jornada contínua de transformação, na busca de melhores estratégias de enfrentamento dos problemas da ESF, cujos princípios do PES, abordam com clareza. Ao concentrar esforços em metas específicas, que busquem envolver a comunidade e adotar uma abordagem pragmática, esses processos elevam a qualidade dos serviços de saúde e, em última análise, melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidade atendida. A mudança positiva resultante não apenas influencia a saúde física, mas também fortalece o tecido social, promovendo um futuro mais saudável e resiliente para todos.

## **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

O Programa Previne Brasil é uma iniciativa do Ministério da Saúde que tem como objetivo reorganizar o financiamento e a gestão dos serviços de atenção primária à saúde em todo o país. Para avaliar o desempenho do programa e monitorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos, são utilizados os indicadores de saúde do Previne Brasil. Esses indicadores abrangem aspectos como a cobertura de vacinação, a realização de exames de prevenção e detecção precoce de doenças, a gestão da saúde da população, a qualidade da atenção prestada, dentre outros. A análise desses indicadores, constitui importante ferramenta para a gestão e aprimoramento contínuo dos serviços de atenção

primária à saúde em todo o país, permitindo que os gestores de saúde possam avaliar o desempenho das unidades de saúde e planejar ações para melhorar a qualidade da assistência prestada à população. Além disso, os indicadores do Previne Brasil são utilizados para fins de repasse de recursos financeiros aos municípios e estados, o que incentiva a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde (BRASIL, 2019).

A qualidade da atenção prestada, que abrange aspectos como a resolutividade, a humanização, a integralidade e a efetividade da atenção, é um indicador essencial para garantir que os serviços de saúde oferecidos sejam adequados às necessidades da população, com atenção centrada no paciente e com base em evidências científicas atualizadas. Por fim, a satisfação dos usuários é outro indicador importante, pois permite avaliar o grau de satisfação e expectativas da população em relação aos serviços de saúde, identificando pontos fortes e oportunidades de melhoria (FERREIRA; WEBER, 2018).

A escolha dos indicadores que compõem o Programa Previne Brasil foi realizada com base em critérios técnicos e científicos, buscando contemplar os principais aspectos relacionados à atenção primária à saúde e à prevenção de doenças. Para a seleção dos indicadores, foram considerados aspectos como a relevância epidemiológica, ou seja, a importância dos agravos para a saúde da população; a factibilidade, que se refere à capacidade dos serviços de saúde em realizar o registro e a coleta dos dados necessários para o cálculo dos indicadores; a disponibilidade de informações, que se refere à existência de sistemas de informação e bases de dados confiáveis e atualizadas; e a capacidade de monitoramento, que envolve a capacidade de identificar mudanças nos indicadores ao longo do tempo e de avaliar o impacto das intervenções realizadas (BRASIL, 2019). Além disso, foram considerados aspectos como a viabilidade técnica, a aceitabilidade social e a aderência às políticas e diretrizes do SUS. Com base nesses critérios, foram selecionados os indicadores que compõem o Programa Previne Brasil, buscando garantir a representatividade dos diferentes aspectos relacionados à atenção primária à saúde e à prevenção de doenças, bem como a capacidade de monitoramento e avaliação dos serviços de saúde em todo o país (LIACC/SAMONTE, 2013).

O cadastro individual realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é uma ferramenta fundamental para a construção de um planejamento em saúde efetivo (LIACC/SAMONTE, 2013). Por meio desse cadastro, é possível conhecer a realidade de saúde da população de uma determinada área, identificando os principais problemas de saúde, as condições socioeconômicas, as características demográficas e epidemiológicas, entre outras informações relevantes. Esses dados são essenciais para orientar ações de promoção, prevenção e cuidado em saúde, permitindo que sejam priorizadas as necessidades de saúde da população e que sejam planejadas e implementadas intervenções adequadas e efetivas. Além disso, o cadastro individual permite a identificação de grupos populacionais vulneráveis, como idosos, gestantes, crianças e pessoas com doenças

crônicas, possibilitando uma atenção mais direcionada e personalizada. O cadastro individual também é importante para a gestão e o monitoramento dos serviços de saúde, permitindo a identificação de lacunas na atenção e a avaliação do impacto das intervenções realizadas, sendo assim, ferramenta essencial para a construção de um planejamento em saúde integrado e efetivo, que busca atender às necessidades da população e reduzir as desigualdades em saúde.

Com a análise dos dados, em conjunto com toda a equipe, elencamos os 10 principais agravos, que acometem a população adscrita pela USF Virilânea Augusta de Lima, do setor Jardim Maracanã, na cidade de Uberaba. Foram escolhidos os 7 indicadores do Programa Previne Brasil, indicadores esses que evidenciam baixa cobertura de serviços essenciais para a manutenção da saúde de nossa população e adicionados 3 agravos levantados através dos cadastros familiares e individuais e visitas domiciliares da equipe de ESF. Os indicadores são calculados com base nos dados registrados no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (Sisab), sendo monitorados a cada quadrimestre, periodicidade na qual o Indicador Sintético Final (ISF), uma nota calculada a partir dos indicadores que mensuram o desempenho do município, é medido. Cada indicador tem um parâmetro, que representa o desempenho ideal que se espera alcançar. Já as metas representam valores de referência pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e são consideradas como ponto de partida para a mensuração da qualidade da APS (BRASIL, 2019).

No atendimento às gestantes, 3 indicadores são analisados: proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação, proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV e proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado. A meta para esses indicadores é de 45%, 60% e 60%, respectivamente. A ESF Virilânea Augusta de Lima, alcançou, no último quadrimestre avaliado, respectivamente 25%, 56% e 50% (PREVINE BRASIL – OLOSTECH, 2022).

O quarto indicador é a proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS, cuja meta é de 40% e os números obtidos pela USF Virilânea Augusta de Lima foram expressivamente inferiores (11%).

A proporção de crianças de um ano de idade vacinadas na APS contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, infecções causadas por *Haemophilus influenzae* tipo B e poliomielite inativada, é o quinto indicador. A meta para esse indicador é de 95%, sendo o número alcançado por nossa USF inferior a 85%.

O indicador que representa a proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre, tem 50% como meta a ser alcançada. No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a prevalência de hipertensão arterial em adultos no Brasil é de 24,5% (BRASIL, 2021).

A pesquisa mostra que a hipertensão arterial é mais prevalente em mulheres (26,9%) do que em homens (21,8%). Além disso, a prevalência aumenta com a idade, sendo de 53,7% em pessoas com 60 anos ou mais. Dada a sua relevância, como importante fator de risco para doenças cardiovasculares, que são a principal causa de morte no Brasil, consultas periódicas, ainda que para uma simples aferição da pressão arterial, podem reduzir desfechos desfavoráveis e reduzir o risco de complicações (BRASIL, 2021). De acordo com os dados coletados no e-Sus, somente 26% da população alvo foi alcançada pelo serviço, o que representa esse indicador.

Ainda de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2019 pelo IBGE, a de diabetes, no Brasil, é de 7,7%, o que representa cerca de 13,76 milhões de pessoas com a doença (BRASIL, 2021). Em se tratando de uma doença crônica, que afeta expressivo número de pessoas e que requer cuidado contínuo e integrado, e de grande importância que se construa indicadores que possam representar um cálculo situacional da comunidade estudada. O indicador que representa a continuidade do cuidado, desses pacientes, é representado pela proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre. A meta almejada para esse indicador é de 50%, sendo que a USF de nossa área de abrangência, contemplou apenas 12% do público-alvo.

Os três agravos escolhidos pela equipe como de maior relevância para a população são: número de idosos incapazes de frequentar as atividades da USF, a longa espera para agendamento de consultas e a demanda reprimida de doentes psiquiátricos para agendamento na rede secundária. Nota-se, que esses agravos reforçam, de alguma maneira, a falha na acessibilidade dos usuários do território estudado. Acesso limitado aos serviços de saúde, longas filas de espera, escassez de profissionais de saúde, falta de estrutura física e tecnológica adequadas, falta de medicamentos e de equipamentos de saúde, entre outros fatores, podem ser apontados como algumas das principais dificuldades enfrentadas pela população brasileira para consultas na Atenção Primária à Saúde (APS).

A falta de acesso aos serviços de saúde pode ser ainda mais acentuada em regiões mais distantes dos centros urbanos ou em áreas de vulnerabilidade social, onde muitas vezes falta infraestrutura e equipes de saúde. A falta de profissionais de saúde pode dificultar o agendamento de consultas e o atendimento às demandas da população, sobrecarregando as equipes existentes e aumentando o tempo de espera para o atendimento (GESTÃO UNIVERSITÁRIA, 2023).

O objetivo desse trabalho é que, a partir da construção desse levantamento, seja possível a compreensão da importância do planejamento em saúde na atuação das equipes de Saúde da Família, para fornecer subsídios para a melhoria da qualidade da assistência e promoção da saúde na comunidade.

Espera-se, assim, dar direcionalidade às práticas da equipe, buscando oferecer um atendimento fundamentado nos princípios doutrinários e organizativos do SUS. Com o PES (Planejamento Estratégico em Saúde), que é importante ferramenta de gestão, espera-se a definição de objetivos claros, metas e ações estratégicas que devem ser implementadas para alcançá-los através da otimização de recursos e a da melhoria da qualidade dos serviços prestados e o alcance dos objetivos institucionais da USF Virilânea Augusta de Lima.

## MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia de pesquisa adotada neste estudo segue uma abordagem mista, combinando elementos qualitativos e quantitativos para obter uma compreensão mais abrangente do impacto dos resultados dos indicadores elencados, para subsidiar esse trabalho, bem como dos problemas levantados pelas ACS, da área adstrita à USF Virilânea de Lima.

Inicialmente, os dados utilizados, foram construídos através de informações levantadas nas reuniões semanais da Equipe de Saúde da Família, obtidas pelos ACS (Agentes Comunitários de Saúde) e pelos demais membros da equipe, em visitas domiciliares e através da análise das fichas de cadastro domiciliares e individuais. Em seguida, foi realizada uma análise do desempenho da USF Virilânea Augusta de Lima, nos indicadores do programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.

Dentre os problemas apontados como prioritários, foram escolhidos os 7 indicadores do Programa Previne Brasil, indicadores esses que evidenciam baixa cobertura de serviços essenciais para a manutenção da saúde de nossa população e adicionados 3 agravos levantados através dos cadastros familiares e individuais e visitas domiciliares da equipe de ESF.

Os indicadores do Programa Previne Brasil são: Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal realizadas; Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS; Proporção de crianças de um ano de idade vacinadas na APS contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, infecções causadas por *Haemophilus influenzae* tipo B e poliomielite; Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre; Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre (PREVINE BRASIL – OLOSTECH, 2022). Dentre os agravos escolhidos pela equipe como de maior relevância para a população, destacaram-se três: Número de idosos incapazes de frequentar as atividades da USF; Longa espera para agendamento de consultas e a Demanda reprimida de doentes psiquiátricos para agendamento na rede secundária.

Uma vez tendo escolhidos, os dez problemas de maior relevância para otimização do atendimento dos usuários e melhoria das condições de saúde da população adscrita, utilizamos os critérios de transcendência, urgência e capacidade de enfrentamento (matriz TUC) para estabelecer a priorização dos problemas selecionados.

Os resultados obtidos, são apresentados no quadro 1:

PROBLEMA	CRITÉRIO			TOTAL (TxUxC)
	TRANSCENDÊNCIA (T)	URGÊNCIA (U)	CAPACIDADE (C)	
Número de idosos incapazes de frequentar as atividades da USF	10	10	10	1000
Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre	10	8	10	800
Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	10	8	10	800
Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS	10	6	10	600
Proporção de crianças de um ano de idade vacinadas na APS contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, infecções causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B e poliomielite	10	5	10	500
Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal realizadas	10	5	10	500
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	10	5	10	500
Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	8	7	7	392
Longaespera para agendamento de consultas	8	8	6	384
Demanda reprimida de doentes psiquiátricos para agendamento na rede secundária	8	8	5	320

Quadro 1 –Problemas, critérios de transcendência, urgência e capacidade de enfrentamento. Uberaba - MG, Brasil, 2023.

Fonte:Autoria própria, 2023

Uma vez tendo chegado aos resultados de escores da matriz TUC, os 3 principais problemas foram analisados, sob a ótica de seus descritores, como mostra o quadro 2e 3:

<b>PROBLEMA A</b>	Número de idosos incapacitados de frequentar as atividades da USF.	
<b>DESCRIPTORES</b>	<b>CAUSAS</b>	<b>CONSEQUÊNCIAS</b>
Número expressivo de pacientes acamados e/ou domiciliados que se encontram incapacitados de participar das atividades em grupo da ESF.	Causa 1: limitações de locomoção Causa 2: abandono Causa 3: problemas psíquicos limitantes	Perda de independência; Prejuízo da autoestima; Risco aumentado de ansiedade e depressão; Segregação social
<b>PROBLEMA B</b>	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre, abaixo da meta preconizada pelo Programa Previne Brasil.	
<b>DESCRIPTORES</b>	<b>CAUSAS</b>	<b>CONSEQUÊNCIAS</b>
26% dos hipertensos, adscritos na área, realizaram pelo menos 01 consulta com aferição de pressão arterial no último semestre de 2022.	Causa 1: horários de agendamento incompatíveis com trabalhadores ativos Causa 2: desconhecimento da população acerca das consequências do descontrole pressórico Causa 3: lei do cuidado inverso em saúde	Risco aumentado de desfechos negativos cardiovasculares; Danos aos órgãos-alvo; causando sequelas irreversíveis; Diminuição da qualidade de vida; Aumento do número de internações e gastos em saúde; Maior demanda de atenção especializada
<b>PROBLEMA C</b>	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre abaixo da meta preconizada pelo Programa Previne Brasil.	
<b>DESCRIPTORES</b>	<b>CAUSAS</b>	<b>CONSEQUÊNCIAS</b>
Apenas 12% dos pacientes diabéticos da ESF Virilânea Augusta de Lima realizaram exame de HbA1c no último semestre.	Causa 1: dificuldade de acesso pelo paciente aos laboratórios de referência Causa 2: abandono de tratamento em virtude de efeitos colaterais dos medicamentos e dificuldades em adotar mudanças de estilo de vida Causa 3: desconhecimento acerca das consequências de tratamento inadequado	Aumento do número de comorbidades em razão das lesões aos órgãos-alvo; Aumento do número de internações em virtude de virtudes de crises hiperglicêmicas; Aumento dos casos de mutilação de membros, ocasionando incapacidade temporária ou duradoura; Aumento dos gastos em saúde com internações, afastamento do trabalho e aposentadorias

Quadro2 –Matriz de análise dos problemas selecionados. Uberaba - MG, Brasil, 2023.

Fonte:Autoria própria, 2023

<b>Determinantes do meio social e econômico</b>	<b>Problema:</b> Grande número de idosos incapazes de comparecer as ações de saúde na UBS	<b>Determinantes relacionados ao trabalho da Equipe na ABS/APS</b>
Causa: Ausência de meio de transporte próprio		Causa: Dificuldade no desenvolvimento de ações motivadoras
Causa: Incapacidade de utilização de tecnologias		Causa: Falta de local apropriado para ações de saúde e lazer
Causa: Dependência de terceiros para deslocamentos		Causa: Falta de contato contínuo com os idosos da área
<b>Determinantes culturais e comportamentais</b>	<b>Descritor 1:</b> Cerca de 12% da área composta por idosos	<b>Determinantes relativos ao acesso e qualidade do SUS</b>
Causa: Crença na relação direta entre envelhecimento e incapacidade funcional		Causa: Inexistência de programas voltados ao atendimento específico da população idosa
Causa: Desmotivação para deixar a zona de conforto	<b>Descritor 2:</b> 10% dos idosos residentes da área são incapazes de comparecer a UBS	Causa: Ausência de capacitações profissional para o atendimento geriátrico
Causa: Pouco conhecimento sobre a importância da coesão social para a saúde		Causa: Desarticulação entre os níveis de cuidado em saúde

Quadro 3 –Matriz de análise dos problemas selecionados. Uberaba - MG, Brasil, 2023.

Fonte: Autoria própria, 2023

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir desse momento, elencamos o problema priorizado, Número de idosos incapacitados de frequentar as atividades da USF, com sua rede causal.

O modelo de cuidado com o idoso, como atributo da Atenção Primária em Saúde (APS), ainda apresenta inúmeros desafios a serem transpostos, tais como problemas no acesso, na atenção domiciliar, na rede de atenção à saúde e no trabalho interprofissional. A grande maioria dos serviços, ofertam práticas sob a lógica do modelo biomédico e centradas no profissional médico. Tal característica é, ainda mais marcante, quando lidamos com indivíduos dependentes e seus cuidadores. O cuidado interdisciplinar, priorizando o modelo socioambiental de atenção à saúde, considerando o idoso no seu contexto de vida e ressignificando seu papel dentro da comunidade é imperioso para que possamos garantir a equidade do cuidado (CECCON et al., 2021).

No Brasil, intrinsecamente, restrições físicas e psicológicas, são fortemente associadas as consequências naturais do envelhecimento. Com a ascensão da expectativa de vida, medidas que incluam atividades físicas, recreativas e sociais, na rotina de vida da população idosa, que visem, ainda, o fortalecimento da coesão das relações sociais dessa população, são essenciais na preservação das capacidades físicas e psíquicas, bem como na prevenção do agravamento de limitações instauradas e do declínio funcional (ZANESCO et al., 2020). A dependência funcional, por sua vez, associa-se diretamente ao déficit cognitivo e este, evoluindo para demência ou não, pode provocar sintomas comportamentais,

depressão e apatia, alimentando, assim, um ciclo vicioso que perpetua a incapacidade funcional. Assim, o idoso diminui seu nível de atividade física, seja pela sua própria idade ou pela incapacidade funcional e esse contexto de interação físico/motora, na cognição e vice-versa pode resultar em demência (PEREIRA et al., 2020).

Diante do exposto, foi possível criar uma estratégia de enfrentamento para o problema elencado, como prioritário, na USF Virlânea Augusta de Lima, visando aumentar a participação dos idosos com dificuldade de locomoção, adstritos a área de atuação da ESF Jardim Maracanã.

O cronograma de implantação, bem como os atores envolvidos, está descrito no quadro4:

<b>Ações do tipo BETA – Enfrentando o problema</b>				
Problema: Ausência dos idosos com dificuldade de locomoção nas ações sociais e educativas da Unidade Saúde da Família Virlânea Augusta de Lima				
Objetivo: Promover encontros bimestrais com o intuito de inserir os idosos com dificuldade de locomoção nos eventos educativos, festivos e preventivos da unidade				
Meta de resultado: incluir e socializar o maior número possível de idosos afastado do convívio social, nas ações.				
<b>Ações do tipo Beta</b>	<b>Meta de produto</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Início-fim (duração em dias, meses ou anos)</b>
Beta I: Criar um projeto específico para participação de idosos, com dificuldade de locomoção, em eventos educativos, na ESF.	Definir as ações necessária para efetivar a participação do público-alvo, nesses eventos.	Médico, enfermeira, psicóloga, dentista da USF	1 mês	01/08/2023 a 31/08/2023
Beta II: Promover encontros bimestrais, na Unidade Saúde da família, com ações educativas, preventivas e recreativas.	Criar espaços de participação inclusiva para os idosos com dificuldade de mobilidade.	Gerente, médico, dentista, fisioterapeuta, técnico de enfermagem, educador físico	1 ano	01/09/23 a 30/08/24
Beta III: Prover transporte, para os participantes convidados , para esses eventos.	Quebrar a barreira da mobilidade desse público-alvo.	Equipe de ESF, fisioterapeuta, psicóloga e educador físico.	1 ano	01/09/2023 a 30/09/2024
Beta x: Promover a participação de cerca de 60% do público-alvo, em eventos de promoção em saúde, realizados na ESF Virlânea Augusta de Lima.	Inclusão social e participação de idosos, com dificuldade de acesso `a ESF, nas ações educativas de promoção e prevenção em saúde.	Equipe gestão, Equipe da ESF, profissionais da rede (fisioterapeuta, assistente social, psicóloga)	1 ano.	01/09/2023 a 30/08/2024

Quadro4 – Apresentação das ações do tipo BETA – Enfrentando o problema. Uberaba - MG, Brasil, 2023.

Fonte:Autoria própria, 2023

Uma vez tendo sido definido o problema prioritário, Número de idosos incapacitados de frequentar as atividades da USF Virilânea Augusta de Lima, serão agendadas reuniões semanais, às quintas feiras, de cada semana do mês de agosto, para definição dos objetivos e metas, bem como definir o papel de cada ator, na execução de eventos bimestrais, voltados para o grupo de idosos que, por imobilidade ou incapacidade de locomoção, não frequentam as ações educativas e sociais da USF. Na oportunidade, serão definidas as datas dos eventos, os temas trabalhados em cada data e os recursos materiais e pessoais necessários para os mesmos. Discutiremos, ainda, quais parcerias poderemos buscar, dentro de nossa comunidade.

Com o planejamento realizado, a partir do mês de setembro, serão realizados encontros bimestrais, onde, com apoio de toda a equipe da ESF e com a participação dos profissionais da rede, que prestam atendimento em nossa unidade, tais como psicóloga, fisioterapeuta e assistente social, onde buscaremos promover ações de promoção e prevenção em saúde, porém, adicionando aos eventos, momentos de interação, lazer e entretenimento. Objetivamos, assim, não só ações educativas, mas também criar um espaço de acolhimento, leveza e coesão social.

Conhecendo-se as dificuldades que encontram nosso público-alvo, para cada encontro bimestral, um grupo de profissionais será responsável pelo transporte dos participantes, previamente convidados pelos ACS, tanto na ida do idoso à unidade, quanto no seu retorno ao lar. Utilizaremos o espaço de reuniões e o pátio da USF, para a realização dos encontros. Esperamos, ainda, sensibilizar familiares e, se possível, inclui-los nos eventos, para que os mesmos percebam os benefícios desses momentos. Almejamos, também, chamar a atenção dos gestores para a necessidade de um olhar mais atento para a população de idosos, exponencialmente crescente e carente de programas que a priorize.

Ao final de um ano, faremos uma minuciosa avaliação dos resultados obtidos. Inicialmente, objetivamos alcançar cerca de 60% do número de idosos, que não têm frequentado os eventos de nossa ESF, por dificuldade de locomoção. Ao longo do tempo, buscaremos adaptar, no que for necessário, nossas metas às nossas potencialidades e, tanto quanto possível, desenvolver e aprimorar essas últimas, para que consigamos alcançar nosso público-alvo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a conclusão desse estudo, foi possível criar uma estratégia de enfrentamento para o problema elencado, como prioritário, na USF Virilânea Augusta de Lima, visando aumentar a participação dos idosos com dificuldade de locomoção, adstritos a área de atuação da ESF Jardim Maracanã.

Ainda há muito que se construir, para que a saúde da população idosa tenha suas características próprias norteando as ações em saúde. Talvez o maior desafio, na execução de ações em saúde para o público idoso, seja um planejamento cuidadoso, com olhar individualizado para esse público e não somente uma adaptação, reformada, dos programas criados para a população adulta, em geral.

O bem-estar físico, mental e social, no envelhecimento, requer um trabalho multidisciplinar e inclusivo, mesmo que, para tanto, seja preciso buscar, com nossos próprios meios, aqueles indivíduos que estão deixando de caminhar conosco, na busca da construção de uma saúde digna.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Economia. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**: Ciclos da vida. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.pns.iciet.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/12/liv101846.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. **Diário da União**: Brasília, 2019. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979\\_13\\_11\\_2019.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html). Acesso em: 4 jul. 2023.
- CARMO, W. L. N.; PANTOJA, C.S. M.; PUREZA, N. S.; COSTA, D. F.; SANTOS, D. N.; LADISLAU, E. O. *et al.* Projeto “APS Forte” e os reflexos nos indicadores do PrevineBrasil e no processo de trabalho das equipes de atenção primária dos municípios do Estado do Amapá. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.8, n.5, p. 40043-40063, maio, 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/48464>. Acesso em: 14 jun. 2023.
- CECCON, R. F.; SOARES, K. G.; VIEIRA, L. J. E. S.; GARCIA JÚNIOR, C. A. S.; MATOS, C. C. S. A.; PASCOAL, M. D. H. A. Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 99-108, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/lj/csc/a/Jh377DRYXCQwKQnTVjxvVPp/>. Acesso em: 21 jul. 2023.
- FERREIRA, J.; WEBER, C. A. T. Satisfação do usuário como indicador de qualidade da assistência da estratégia saúde da família: uma revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública Santa Catarina**, Florianópolis, v. 11, n. 1, p. 46-62, ago. 2018. Disponível em: <https://revista.saude.sc.gov.br/index.php/files/article/view/59>. Acesso em: 21 jul. 2023.
- FREITAS, V. L. C. Representações sociais e intervenções: reflexões acerca da pandemia da COVID-19 no discurso da contemporaneidade. **Sağlık Akademisi Kastamonu**, v. 9-10, 2022. DOI: 10.25279/sak.1135140. Disponível em: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sak/issue/68766/1135140>. Acesso em: 14 jun. 2023.
- GESTÃO UNIVERSITÁRIA. **As dificuldades para o acesso ao atendimento à saúde através do sistema único de saúde (SUS)**. 2023. Disponível em: [http://www.gestaouniversitaria.com.br/system/scientific\\_articles/files/000/000/679/original/AS\\_DIFICULDADES\\_PARA\\_O\\_ACESSO\\_AO\\_ATENDIMENTO\\_%C3%80\\_SA%C3%9ADE\\_ATRAV\\_%C3%89S\\_DO\\_SISTEMA\\_%C3%9ANICO\\_DE\\_SA%C3%9ADE\\_\(SUS\).pdf?1632266247](http://www.gestaouniversitaria.com.br/system/scientific_articles/files/000/000/679/original/AS_DIFICULDADES_PARA_O_ACESSO_AO_ATENDIMENTO_%C3%80_SA%C3%9ADE_ATRAV_%C3%89S_DO_SISTEMA_%C3%9ANICO_DE_SA%C3%9ADE_(SUS).pdf?1632266247). Acesso em: 21 jul. 2023.
- GOMES, R. M. L. **Processo de Trabalho e Planejamento na Estratégia Saúde da Família**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2015. Disponível em: [https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3334/1/4proc\\_trabalho\\_2016.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3334/1/4proc_trabalho_2016.pdf). Acesso em: 14 jun. 2023.

LIACC/SAMONTE. **Cadastro familiar e diagnóstico local**. 2013. Disponível em: <https://www.conass.org.br/liacc/wp-content/uploads/2015/02/Oficina-2-Cadastro-Familiar-e-Diagno%CC%81stico-Local.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2023.

LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; BOUSQUAT, A.; SILVA, E. V. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde debate**, v. 42, n. 1, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dTT4C8BxFNTFMftQdcqZjzc/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 04 jul. 2023.

MOREIRA, E. M. F.; SOUSA, M. N. A. de. Olhares sobre o impacto do isolamento social à saúde mental do idoso. **Journal of Medicine and Health Promotion**, v. 6, n. 1, p. 234-44, 2021. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/350996135\\_OLHARES\\_SOBRE\\_O\\_IMPACTO\\_DO\\_ISOLAMENTO\\_SOCIAL\\_A\\_SAUDE\\_MENTAL\\_DO\\_IDOSO\\_VIEWS\\_ON\\_THE\\_IMPACT\\_OF\\_SOCIAL\\_ISOLATION\\_ON\\_THE\\_MENTAL\\_HEALTH\\_OF\\_THE\\_ELDERLY](https://www.researchgate.net/publication/350996135_OLHARES_SOBRE_O_IMPACTO_DO_ISOLAMENTO_SOCIAL_A_SAUDE_MENTAL_DO_IDOSO_VIEWS_ON_THE_IMPACT_OF_SOCIAL_ISOLATION_ON_THE_MENTAL_HEALTH_OF_THE_ELDERLY). Acesso em: 14 jun. 2023.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. PrevineBrasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. e00040220, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1124340>. Acesso em: 14 jun. 2023.

OLIVEIRA, R. A. D.; DUARTE, C. M. R.; PAVÃO, A. L. B.; VIACAÇA, F. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, p. e00120718, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/yfscvHtsLzQ7vbnQs5FJbsv/?lang=pt>. Acesso em: 14 jun. 2023.

PEREIRA, X. B. F.; ARAÚJO, F. L. C.; LEITE, T. I. A.; ARAÚJO, F. A. C.; BONFADA, D.; LUCENA, E. E. S. Prevalência e fatores associados ao déficit cognitivo em idosos na comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/gLNKvxJCwNqCZRGKHjh3yMG/#~:text=Os%20principais%20resultados%20mostraram%20uma,modelo%20de%20an%C3%A1lise%20multivariada%20ajustada>. Acesso em: 21 jul. 2023.

PREVINE BRASIL – OLOSTECH. **Potencializando os indicadores previne Brasil**: Cartilha Olostech. 2022. Disponível em: [http://saude.piracicaba.sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/03/Previne\\_Brasil\\_Olostech\\_mar2022.pdf](http://saude.piracicaba.sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/03/Previne_Brasil_Olostech_mar2022.pdf). Acesso em: 04 jul. 2023.

SETA, M. H.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 26, Supl. 2, p. 3781-3786, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YDNxWmxtzxsfhTgn9zjrhC/>. Acesso em: 14 jun. 2023.

SIEGMANN, C.; PINHEIRO, C. A.; ALMEIDA, M. C. Terapia ocupacional em pacientes acamados: ações comunitárias. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 13, n. 1, p. 37-43, jan./abr. 2002. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13893>. Acesso em: 14 jun. 2023.

SILVA, A. R.; FARIA, E. A.; SOUZA, S. E. S. M. **Estratégia de Saúde da Família**: modelos de planos de ações no Sistema Único de Saúde. Editora Atena, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. São Paulo: Editora Científica, 2020. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2023.

WARD, K. T., REUBEN, D. B. Comprehensive geriatric assessment. **UpToDate**, Maio 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment>. Acesso em: 14 jun. 2023.

ZANESCO, C.; BORDIN, D.; SANTOS, C. B.; FADEL, C. B. Dificuldade funcional em idosos brasileiros: um estudo com base na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2013). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 1103-1118, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NdfjW8TB989GL4Ch3z9JPwx/>. Acesso em: 21 jul. 2023.

# PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO-SITUACIONAL DE CARLOS MATOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS AREIA BRANCA I – CANGUARETAMA/RN)

*Data de aceite: 02/05/2024*

### **Felipe Serquiz Elias Pinheiro**

Universidade de Brasília – UnB  
Canguaretama - RN  
<http://lattes.cnpq.br/1373295952343415>

### **André Ribeiro da Silva**

Universidade de Brasília – UnB  
Brasília-DF  
<http://lattes.cnpq.br/5028921287123224>

**RESUMO:** Este trabalho foi provocado inicialmente para composição de um exercício da disciplina “Seminário Integrador” do Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade Aberta do SUS – UnB como proposta de desenvolvimento de *Trabalho de Conclusão de Curso*; se propondo a contribuir com a Atenção Primária à Saúde de modo teórico-prático, pela produção de um registro escrito fundamentado em metodologias orientadas para apreensão de uma realidade atual. Toma como base uma análise integrativa de dados do *Sistema Integrado de Saúde (SIS)* e outros sistemas disponíveis de dados ou pesquisas, fundamentando-os pelo método de *Estimativa Rápida Participativa (ERP) in loco* para consumir proposta de *Planejamento Estratégico-Situacional (PES)*

de Carlos Matos no território da Unidade Básica de Saúde de Areia Branca I – Canguaretama/ RN, na qual, atualmente, o próprio autor exerce a função médica pelo programa *Mais Médicos Para O Brasil – Vigésimo Terceiro Ciclo*. Aponta, pois, em sua finalidade objetiva: elaborar um *Plano de Ação – com soluções a problemas levantados* nesta comunidade. Durante este processo foi verificado o enorme potencial da prática sistemática de Reunião de Equipe para os objetivos de proposta do PES como para o acompanhamento contínuo e implementação de seus objetivos, registrados aqui em seus principais aspectos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde; Unidade Básica de Saúde; Planejamento Estratégico-Situacional; Estimativa Rápida Participativa; Reunião de Equipe.

## STRATEGIC-SITUATIONAL PLANNING BY CARLOS MATUS IN A BASIC HEALTH UNIT (UBS AREIA BRANCA I – CANGUARETAMA/RN)

**ABSTRACT:** This work was initially provoked for the composition of an exercise of the discipline “Integrating Seminar” of the Specialization Course in Family Health by the Universidade Aberta do SUS - UnB as a proposal for the development of a Course Completion Work; proposing to contribute to Primary Health Care in a theoretical-practical way, by producing a written record based on methodologies oriented to apprehend a current reality. It is based on an integrative analysis of data from the Integrated Health System (SIS) and other available data or research systems, substantiating them by the Participatory Rapid Estimate (ERP) method in loco to consummate a proposal for Strategic-Situational Planning (PES) of Carlos Matos in the territory of the Basic Health Unit of Areia Branca I – Canguaretama/ RN, in which, currently, the author himself exercises the medical function by the Mais Medicos Para O Brasil – Twenty-third Cycle program. It points, therefore, in its objective purpose: to elaborate an Action Plan – with solutions to problems raised in this community. During this process, the enormous potential of the systematic practice of the Team Meeting was verified for the proposed objectives of the PES as well as for the continuous monitoring and implementation of its objectives, registered here in its main aspects.

**KEYWORDS:** Primary Health Care; Basic health Unit; Strategic-Situational Planning; Participatory Rapid Estimation; Staff meeting.

### INTRODUÇÃO

Este trabalho foi sugerido pela composição de um exercício pela disciplina SEMINÁRIO INTEGRADOR do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS – UnB, como proposta de *Trabalho de Conclusão de Curso* e se propõe a contribuir com a Atenção Primária à saúde de modo teórico-prático; pois, se pretende analisar e agir sobre a práxis em saúde na Atenção Básica. Se por um lado produz um registro factual da realidade em saúde de um território sob o ponto de vista de seus integrantes, fundamentando metodologias orientadas à saúde familiar – comunitária de uma típica unidade básica de saúde nordestina, atualiza seus dados específicos, por outro se aprimora a própria dinâmica do cuidado em vigor na medida em que é provocado a vislumbrar um *Plano de Ação – com soluções a problemas levantados* neste íterim. Assim, toma como base uma análise integrativa de dados do *Sistema Integrado de Saúde (SIS)* como outros sistemas disponíveis de dados / pesquisas e os fundamenta pelo método de *Estimativa Rápida Participativa (ERP)* para exercer *Planejamento Estratégico Situacional (PES)* no território da Unidade Básica de Saúde de Areia Branca I – Canguaretama/ RN, na qual, este autor exerce a função médica pelo programa *Mais Médicos Para O Brasil – Vigésimo Terceiro Ciclo*.

## OBJETIVO GERAL

Realizar uma análise sobre a qualidade da Atenção Primária à saúde das famílias e comunidade da UBS Areia Branca I (SUS) submetendo seus resultados à um planejamento estratégico-situacional da área. Sendo seus objetivos específicos:

- Descrever os principais conceitos relacionados ao PES para o contexto de uma UBS.
- Comparar o que os autores descrevem e propõem sobre o planejamento da Atenção Básica.
- Alferir a importância do planejamento para a qualidade do serviço em saúde.
- Fazer um Planejamento Estratégico retirando daí um Plano de Ação.
- Contribuir com reflexões em Cuidados Integrals e Integrativos à equipe profissional e saúde coletiva – e comunitária.

## CONTEXTUALIZAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é um direito da população, garantido na constituição federal de 1988, o qual tem como princípios e diretrizes a universalidade de acesso, a integralidade e a resolutividade da assistência à saúde, orientado a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), pautada no modelo de reorganização conhecido como Estratégia Saúde da Família (MACINKO; MENDONÇA, 2018). Neste sentido, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (2017), Atenção Básica é descrita como *um conjunto de ações de saúde desenvolvidas em âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde*. Essas ações são realizadas pela equipe de saúde multidisciplinar a uma população adscrita em um território geograficamente definido, é o primeiro acesso da população com o sistema de saúde e ordenadora do cuidado, sendo o vínculo entre a pessoa e suas necessidades de saúde (BORGES; SANTOS; FISCHER, 2019).

Com base nas diretrizes da atenção básica de saúde, dispostas na Política Nacional da Atenção Básica – PNAB, se faz necessário a utilização de tecnologias para enfrentar as complexas e variadas demandas da saúde que se apresenta nesse nível de atenção. Para superar esses desafios, as secretarias de saúde necessitam possuir o conhecimento do diagnóstico de seu território de governabilidade, o qual subsidiará o planejamento das ações a partir de critérios do perfil epidemiológico como: fatores de risco, situações de vulnerabilidade, estado de resiliência da população e ética envolvida no processo de enfrentamento das necessidades de saúde da população (TCU, 2015 *apud* FIORENTIN, Luciano, 2019).

Dessa forma, conhecer as condições contextualizadas em tempo-espaço é de fundamental importância para qualquer atividade que se proponha em uma comunidade; seja suas intenções de pesquisa ou funções laborais diretas como o é cuidados em saúde. É partindo deste princípio que abordaremos os conceitos metodológicos de Territorialização, Planejamento Estratégico Situacional (PES) e Estimativa Rápida Participativo (ERP) como elementos conceito-metodológicos primordiais para as diretrizes conclusivas deste trabalho.

“A análise situacional consiste no processo de identificação, formulação e priorização de problemas em uma determinada realidade. O objetivo da análise situacional é permitir a identificação dos problemas e orientar a definição das medidas a serem adotadas” (BRASIL, 2009a).

## FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Diante da necessidade de se desenvolver o planejamento das ações de saúde em todas as esferas de governo, a Atenção Básica se torna o principal ponto de coleta de tensões entre demandas e acolhimento de demandas em saúde. Não somente como porta-de-entrada de um sistema complexo de responsabilidades, mas como contínua gestora das situações em saúde de cada cidadão, incluindo sua relação com o meio em que vive e se cuida (ou adoce). A princípio, tão logo se identifique a enorme demanda de serviços em saúde e a extenuante rotina diária dos profissionais que lá trabalham, se torna premente a formulação de novas dinâmicas guiadas por planejamento.

Dessa forma, a problemática identificada para esse estudo é: “Que efeitos têm o planejamento estratégico-situacional de Carlos Matus para a qualidade do serviço em saúde da UBS Areia Branca I (Canguaretama/RN)?

“Negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for” (MATUS, 1996, p. 14).

## JUSTIFICATIVA

Pensar sobre a qualidade de um serviço público de saúde é enveredar por um desafio paradigmático dentro de uma sociedade de referenciais capitalistas, onde é normalizado o sucateamento público de serviços em que estes devem fazer apenas o mínimo esforço para se manter em funcionamento. Mesmo sabendo que a grande maioria da população brasileira necessita de atendimentos e cuidados em saúde pública, insatisfatória dedicação política é norteada para suprir estes anseios. Dentro da realidade em que a Unidade Básica de Saúde em questão se localiza, raras foram as visitas da parte gestora e nenhuma capacidade administrativa se manifestou para uma avaliação desse serviço nos últimos 5 anos. A estrutura física é acomodada em uma adaptação à uma casa antiga da comunidade que, em doação, se favoreceu de sua instalação até os dias atuais; poucas reformas estruturais à sua manutenção ocorrem e os profissionais que lá exercem suas funções acabam por se acostumar com as diversas defasagens materiais/ administrativas.

É importante saber que a localização periférica desta UBS em relação ao centro administrativo de um município também se soma baixa prioridade gestora, fato que é percebido, por exemplo, no tipo de transporte que é disponibilizado para esta área (sempre o mais antigo ou gasto) ou na ínfima quantidade de investimento para manutenção ou reformas estruturais neste setor. A UBS tem uma área de jardinagem completamente abandonada pela gestão e está sem área para atividades coletivas há mais de três anos sem qualquer perspectiva de mudança. Há fungos instaurados nas paredes de quase todas as salas e uma quantidade mínima de assentos na diminuta “sala-de-espera” nos fornece uma perspectiva da qualidade estrutural dessa unidade. Fatos que retratam apenas uma pequena parte das condições gerais da Atenção Primária à saúde ofertada e, conseqüentemente, a escassa dedicação da gestão – seja ela municipal, estadual ou federal – para uma satisfatória qualificação deste serviço.

Este trabalho, portanto, instaura uma esperança de melhoria para todos que compõem este quadro. Ao problematizar a qualidade, a eficácia dos serviços e competências para a dinâmica diária de trabalho em saúde, se estabelece uma responsabilização intrínseca aos seus agentes e isso resulta em ações práticas que fazem diferença no cuidado. É evidente que no seu desenvolvimento, este trabalho vai agregando capacidades muito além de uma função motivacional: apresenta dados, mapas e alternativas viáveis de trabalho; estabelece referenciais de qualidade no serviço; agrega conhecimentos populares ao serviço técnico em saúde; principia elementos interdisciplinares onde havia uma equipe multidisciplinar em saúde; planeja quais as forças laborais que devem ter prioridade, estrategicamente interpostas em períodos; em suma, todas as conseqüências apontam para a evolução da equipe, amadurecimento de dinâmicas e experiências fortalecedoras do cuidado.

Assim, é mister que somente através de um bom diagnóstico-situacional é que se torna possível agir em prol de um bom planejamento-estratégico para as medidas posteriores. Os números coletados dentro das situações vigentes ou pregressas de uma *Territorialização* podem nos fornecer satisfatórios dados de susceptibilidades locais ou mesmo potencialidades desta área (ou de uma determinada micro-área deste território), de forma ampla e abrangente; porém, são as correlações deste cenário-situacional com métodos como o de *Estimativa Rápida Participativa* (ERP) realizados em diversas situações: envolvendo grupos de cidadãos-usuários da Unidade Básica de Saúde em diversos pontos do território e, mais especificamente, através das Reuniões de Equipe da própria unidade que, sistematizadas gradativamente, proporcionaram a identificação das situações prementes e específicas deste território.

É indispensável registrar que este autor – descritor deste trabalho – está há cinco anos em contato direto com a mesma comunidade (e, portanto, antes mesmo de iniciar o presente trabalho de conclusão de curso e também anteriormente a própria atuação deste no programa *Mais Médicos*); o que também lhe auxilia no apreensão dos aspectos de realidade não-numeral, ou seja, perceber aspectos inerentes da cultura próxima –

como as profissões, relações interpessoais e a própria relação de cada cidadão com seu local de moradia e UBS. E, deste modo, com o objetivo de contribuir à identificação e ao desenvolvimento de iniciativas que qualifiquem a tomada de decisões no processo de planejamento em saúde, o presente relato apresenta os principais resultados da dinâmica do diagnóstico situacional realizado no território de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde – comunidade / bairro de Areia Branca I no Município de Canguaretama, estado do Rio Grande do Norte, brasileiro.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Dessa forma, ao perseguir um planejamento, os primeiros passos além da motivação coletiva dos agentes territoriais envolvidos, se dá pelo levantamento de dados e mapeamento inicial da situação preterida. Segundo o *Guia de Territorialização e Diagnóstico de Área da APS/DF/Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal/Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde /Coordenação de Atenção Primária à Saúde/DF* de 2018 “O diagnóstico de área é tecnologia essencial para desenvolvimento de ações de saúde pelas equipes locais e gestão em seus micro e macroprocessos, tanto no campo individual quanto no coletivo. É uma pesquisa das condições de saúde e risco de uma determinada população. O diagnóstico inicia-se a partir dos dados coletados no cadastro. Com base nas informações dos aspectos demográficos, socioeconômicos, culturais e sanitários, assim como, seus principais indicadores, pode-se dar início a análise e planejamento das ações de saúde mais focais e efetivas em relação aos problemas encontrados”.

Sendo assim, um Planejamento Estratégico Situacional (PES) se fazia fundamental antes mesmo da proposta inicial deste trabalho; onde nenhum histórico semelhante havia nesse ambiente de serviço de saúde e, com a experiência da pandemia, se mostrou ainda mais necessário. Repetindo aqui as palavras de Jackson De Toni (2009, *apud* Cardoso, 2013): “O planejamento estratégico com enfoque participativo objetiva se consolidar como um instrumento gerencial, uma ferramenta de construção coletiva de identidades democráticas no setor público. Significa uma aposta, fundamentada e legitimada em um projeto de governo incluyente e generoso. Talvez o embrião de uma cultura fundante de uma nova escola de gestão pública que mude radicalmente a visão do gestor sobre seu papel e seu compromisso social. Possibilita capacitar quadros técnico-políticos das organizações públicas e do terceiro setor para desempenhar atividades de elaboração, gestão e monitoramento de programas de complexa governabilidade. Com domínio de ferramentas e instrumentos participativos, pretende-se incidir na melhoria da capacidade de governo e, por efeito, na melhoria geral das técnicas de governo”.

O levantamento de dados gerais das condições em saúde da comunidade é a base para fundamentar estratégias. O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi substituído pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB),

instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passa a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica. O SISAB integra a estratégia do Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS) denominada e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), que propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho, sendo composto por dois sistemas de software que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no SISAB. São eles: (1) Coleta de Dados Simplificado (CDS); (2) Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e (3) Aplicativos (App) para dispositivos móveis, como o e-SUS Território e Atividade Coletiva.

Por sua vez, o Método Altadir de Planificação Popular (MAPP), baseada nas orientações do ex-ministro do governo Allende, o economista chileno Carlos Matus, permite uma aproximação dos diversos atores sociais com os problemas e as possíveis soluções. Antes de um planejamento, gera, dessa maneira, uma descentralização tático-operacional no intuito de abarcar com maior fidelidade as reais dificuldades de determinada organização e agregar conhecimentos disponíveis nesta localidade/ agrupamento. Nascimento, et al. (2014, apud Anjos, 2021) afirma que o MAPP é bastante útil e eficaz para analisar problemas locais, especialmente por instituições que têm relação direta com a população, de modo a promover conscientização e envolvimento da comunidade na solução dos seus problemas. Nesse contexto, este método é aplicável à planificação tático-operacional de unidades de saúde, de sistemas locais menos complexos, ou de programas específicos de ações a serem desenvolvidos, de maneira extremamente satisfatória. Em consonância com estas observações, Toni, et al., 2008 apud Anjos (2021) acrescenta que a aplicação do MAPP no contexto da saúde é mais pertinente a sistemas municipais de pequeno porte e situações de menor complexidade que visem contribuir para a definição do perfil epidemiológico de uma determinada população, melhorar a qualidade de vida dos usuários e reduzir o custo social.

Neste mesmo sentido, Artmann (2000) expõe que a explicação situacional é sempre multidimensional e totalizante, ou seja, se refere às múltiplas dimensões da realidade: política, econômica, ideológica, cultural, ecológica, etc. Exige uma visão interdisciplinar e multissetorial e deve adaptar-se ao plano setorial sem abandonar as outras dimensões e espaços de explicação; é dinâmica, articulando passado, presente e futuro, através do desvendamento dos processos causais, da expressão atual e da análise das tendências futuras; é ativa, pois cada ator busca com a explicação fundamentar sua ação. A situação está sempre referida a um ator, à sua própria explicação da realidade, mas inclui a explicação, o ponto de vista dos outros atores envolvidos. É, portanto, além de autorreferencial, também policêntrica. Deve ser rigorosa no sentido de buscar apreender as determinações essenciais, para além dos fenômenos aparentes e das causas imediatas e, para isso, não pode prescindir de um modelo teórico de leitura da realidade.

É desse modo que a Estimativa Rápida Participativa (ERP) é fundamental para compilar aos dados territoriais, informações relevantes para contribuir com um diagnóstico territorial mais fidedigno à realidade local. Estas informações complementares, através de ERP dão contornos e cores ao foco diagnóstico; pois, além dos dados obtidos por meio do cadastramento (fichas de cadastro: individual e domiciliar/territorial), a manifestação de pessoas de diferentes contextos da comunidade em evidência, agrega relações da complexidade subjetiva do cotidiano em prática. Essas informações poderão ser obtidas por meio da observação no próprio território, parceiros e líderes comunitários, conselhos de saúde locais ou consultando outros órgãos, como também setores da gestão direta ou indireta, que lidam diariamente com o contexto em foco. Segundo Villarosa (1993) o território é “assimétrico” (grifo de autor), uma vez que as necessidades de saúde não se distribuem de forma homogênea dentro dele.

É dentro deste contexto sistemático de levantamento e análise de dados, discursos e observação *in loco* que se dá a última fase de levantamento de dados: dentro da própria equipe multidisciplinar. Neste contexto, sistematizado e proposto dentro de um objetivo maior (ou seja, integrar um plano estratégico situacional), as reuniões de equipe se revelaram como uma surpreendente ferramenta para o desenvolvimento do serviço de qualidade em saúde. Passaram à auxiliar uma forma de intervenção importante no contexto imediato, onde as dinâmicas multiprofissionais evoluíram tanto para as ações de promoção como de prevenção de agravos em saúde. Assim, foi aproximando os dados levantados durante a fase de *Planejamento Estratégico-Situacional (PES)*, de Carlos Matus – e, principalmente, conseqüente ao contato direto com grupos de pessoas da comunidade, como também na própria equipe da UBS Areia Branca I em contexto de *Estimativa Rápida Participativa (ERP)* que se atentou de fato para a quantidade de dados e discussões que este movimento gerou por si nos atores envolvidos.

As reuniões em equipe, então, se configuram como importantes dispositivos para a estruturação/ organização do planejamento, repasse de informações, estabelecimento de diretrizes e momentos de tomada de decisões (CARDOSO, 2011). Torna-se, assim, dentro do desenvolvimento prático do trabalho, seu mais profundo recurso – e método; principalmente quando há uma demanda profissional extenuante, onde há prejuízo da comunicação entre os profissionais já pressionados por fluxos e dinâmicas intensas. Pinto (2016) afirma que: “A autoavaliação é entendida como ponto de partida da fase de desenvolvimento do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB), uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade têm início na identificação e reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do trabalho da gestão e das equipes de atenção à saúde. Nesse momento, deverão ser produzidos sentidos e significados com potencial de facilitar a mobilização de iniciativas para mudança e aprimoramento dos serviços”.

Assim, o planejamento estratégico situacional pode contribuir de forma mais coerente nessa direção, enfatizando, ainda, a participação de todos os atores envolvidos na identificação dos problemas e na definição das prioridades de intervenção. Ao assumir um enfoque situacional, se prioriza a intervenção de problemas vivenciados e significados pela população, oferecendo subsídios mais viáveis de enfrentamento aos determinantes desses problemas (TESTA apud TEIXEIRA, 1993). É neste contexto sistematizado de reuniões multiprofissional que se faz fundamental destacar alguns referenciais teóricos que deram sustentação à tais dinâmicas; guias e materiais usados muito frequentemente durante as reuniões de equipe, ou mesmo por algum profissional que por hora tenha demonstrado interesse em aprofundar conceitos, técnicas ou mesmo suprir alguma curiosidade. Utilizados sobremaneira em toda esta prática de pesquisa e construção de uma nova realidade pelos profissionais envolvidos, estiveram em modo impresso, presentes durante as reuniões ou arquivadas no local que ocorriam as reuniões, cujas características pedagógicas selecionadas foram avaliadas como imprescindíveis aos objetivos ali alcançados. São elas:

- Antônio José Costa Cardoso.

\*Através do material CURSO DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE: Planejamento em Saúde – Módulo I. Por Escola Nacional de Administração Pública – Diretoria de Formação Profissional / Coordenação-Geral de Assuntos Especiais.

- Kleba, Maria Elisabeth; Fátima Duarte, Tânia de; Romanini, Aline; Cazarotto Cigognini, Denise; Althaus, Ivanete R.

\*Através do artigo ESTIMATIVA RÁPIDA PARTICIPATIVA COMO FERRAMENTA DE DIAGNÓSTICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA Revista grifos, vol. 24, núm. 38/39, 2015, pp.159-177 Universidade Comunitária da Região de Chapecó Chapecó, Brasil

- Elizabeth Artman.

\*Através do trabalho O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL NO NÍVEL LOCAL: UM INSTRUMENTO A FAVOR DA VISÃO MULTISSETORIAL. In: Cadernos da oficina social nº 3 desenvolvimento local. COPPE/UFRJ. 2000.

- Mirela Módolo Martins do Val e Thatiane Delatorre

\*Através do trabalho GUIA PRÁTICO PARA REUNIÃO DE EQUIPE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Ribeirão Preto – São Paulo, 2021. 15 páginas. Por Secretaria de Saúde e Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas.

## MATERIAL E MÉTODO

Essas demandas do cuidado em saúde fornecem uma panorâmica da situação em análise com seus diversos pontos de profundidade e aproximação. Dados que foram amadurecidos durante o processo pandêmico (COVID 19) desde 2020, cujo rompimento de paradigmas sociais teve grande influência em toda rotina nas esferas da saúde pública e privada, deram o mote para uma reflexão sobre cuidados em saúde e suas dinâmicas de trabalho. As noções de fluxo de atendimentos, dinâmicas em equipe, segurança biológica e eficácia de serviços ganharam notoriedade; se tornando extremamente importante um mínimo planejamento dos serviços para evitar perdas de produção laboral em saúde. Segundo Nathan (2000, *apud* Silva, 2021) em um artigo denominado *O papel estratégico do capital humano na gestão de crise – a Pandemia de COVID-19*, uma crise pode ser enxergada como uma oportunidade ou uma ameaça. E a forma como se reage à crise irá definir o futuro da organização.

Foi, portanto, ainda sob as tensões de uma pandemia, que a equipe da UBS decidiu se reunir em períodos mensais. À princípio, dialogando basicamente sobre a necessidade de alterações na rotina dos profissionais dentro da unidade; passando à perceber melhor a importância de ações planejadas e do próprio exercício da coletividade enquanto profissionais. Mas foi a partir de 2022, após o início das atividades integrativas dos seminários propostos pelo Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS – UnB, que as reuniões de equipe passaram a sustentar dados, analisar estratégias de cuidados através do olhar perspectivo de realizar ou contribuir com um *planejamento estratégico* e se debruçar neste fim. As reuniões da equipe passaram a se tornar regulares, quinzenalmente, sob a coordenação de um agente modulador – no caso, o autor deste trabalho e médico da UBS, que passou à explorar os dados levantados pelo método da Territorialização como estímulos ao diálogo.

Logo após detalhar conceitos e procedimentos necessários para realizar um Planejamento Estratégico Situacional (PES), e obter co-responsabilização dos atores de maneira espontânea, os registros dos encontros passaram à ser realizados durante às reuniões, e expostos “em resumo” ao final de cada encontro, como maneira de agregar os discursos e gerar estímulos aos próximos. Nestes momentos, também eram pactuadas tarefas que deveriam ser reencaminhadas na reunião seguinte. Paralelamente, o método da Estimativa Rápida Participativa (ERP) passou à fundamentar todo o processo, inclusive externamente às reuniões de equipe, com a participação de usuários da UBS em momentos diversos – à medida que se encontrava uma oportunidade de estabelecer diálogo sobre a qualidade dos serviços oferecidos pela UBS e as principais demandas em saúde percebidas pelos próprios moradores da área; destaco momentos de atividades coletivas, mobilizada pelos agentes de saúde, com grupos estratégicos (lideranças das cinco microáreas assistidas, idosos e antigos moradores da região, grupos de jovens em atividades aleatórias, grupos de trabalhadores locais em atividade ou não, entre outros momentos).

## Análises de Ambiente Externo

Com base nos dados de mapeamento e contextualização inicialmente expostos em nível introdutório, como nas relações com a Estimativa Rápida Participativa (ERP) foram levantados os problemas percebidos como mais prevalentes na área relacionada:

<b>PREVALÊNCIA DE PROBLEMAS DE AMBIENTE EXTERNO - 2023</b>	<b>DESCRITORES</b>
Dores Musculoesqueléticas	-Alta prevalência de Lombalgias, Artrites/ artralguas diversas, Ciatalgias e Mialgias; -Trabalhadores que exercem grande esforço físico (monocultura da cana-de-açúcar); - Baixo índice de informações /práticas preventivas; -Dificuldades impostas pela rotina do “patrão” (Grandes Industriários de capital estrangeiro);
Acidente de Trabalho	-Alta prevalência de Doenças ligadas ao campo de trabalho (Rural); - Acidentes e Desgaste Articular (dificuldade em realizar exames de Alto-Custo);
Feridas	-Alta prevalência de Feridas que necessitam acompanhamento específico (dificuldade na obtenção de materiais de curativos e medicações de Alto-Custo); -Uso de curativos especiais ou medicações ausentes na Rede Pública; - Baixa escolaridade;
Doenças Mentais	-Alta prevalência de Usuários diagnosticados (ou não) que necessitam de Atenção em Saúde Mental específica; -Baixa escolaridade ou Baixo índice de informações sobre a Saúde Mental; -Baixa-renda da população; -Alta dificuldade de acesso à serviços especializados (Psicoterapia);
Drogadição	-Alto índice de alcoolismo e drogas ilícitas; -Comercialização local de produtos do tráfico e suas consequências; -Espaços de bares como alternativa Cultural e Lazer;
Gravidez na Adolescência	-Alto índice de Gestantes <16 anos; -Contexto sociocultural incentivador; -Baixo índice de informações e escuta da população pré-adolescente e adolescência;
Sequelas AVC	-Moderado índice de pacientes com sequelas de AVC; -Alta Dificuldade de acesso à serviços de Fisioterapia;
Sequelas Diabetes	-138 pacientes diabéticos na área; -Alta incidência de instabilidade de tratamento após pandemia – e cortes de medicações de uso contínuo; -Alta dificuldade de acesso à serviços de Nutricionista; -Baixo índice de informação adequada;
Tungíase, Escabiose	-Alto índice de casos de afecções de pele e parasita-infecciosas; -Baixo índice de planejamento sanitário;
Acamados ou Restritos ao Leito	-Alto índice de pessoas que necessitam de cuidados específicos – domiciliares ou semelhantes; -Alto Custo de medicações/ exames diagnósticos; -Alta Dificuldade de acesso à especialistas para resolução de casos cronicificados;
Obesidade	-Moderado índice de pessoas acima do IMC adequado; -Alta dificuldade para acesso à serviços de Nutricionista;

Quadro 01 – Demandas mais prevalentes em Atenção Primária em Saúde (APS) na UBS AREIA BRANCA I

Fonte: Autoria Própria, 2023.

## Análises de Ambiente Interno

Da mesma forma, através dos momentos sistematizados de Reunião de Equipe e do instrumento referencial da ERP, se identificara as queixas mais frequentes da Equipe de Saúde da Família em Atenção Primária em Saúde (APS) na dinâmica interna da UBS AREIA BRANCA:

<b>PREVALÊNCIA DE PROBLEMAS DE AMBIENTE INTERNO - 2023</b>	<b>DESCRITORES</b>
1. Baixa Qualidade Tecnológica	-Sucateamento de ferramentas (e baixa manutenção) -Baixo índice de investimento na REDE
2. Mudanças Recorrentes da Equipe	-Alterações frequentes de profissionais -Instabilidade Profissional de Contratos Municipais
3. Espaço de Alimentação Reduzido	- Cozinha com área inapropriada -Locais de convivência restritos
4. Quantidade Insuficiente de Receituários Médicos	-Frequente insuficiência de receituários específicos -Alta demanda por renovação de receita médica -Alta dificuldade da REDE Farmacêutica e de Saúde uniformizar e simplificar sistema de receituários médicos
5. Descontinuidade de Tratamento	-Alto índice de irregularidade de tratamento -Alto índice de abandono de tratamento
6. Reuniões de Equipe Desinteressantes e Baixa-frequência	-Reuniões sem finalidades específicas em comum – cultura da passividade profissional -Espaços físicos inadequados -Alto fluxo de demandas profissionais -Orientações baseadas apenas pela Produtividade dos Indicadores da Saúde (SUS)
7. Dificuldade para Exames e Encaminhamentos	-Frequente inoperância do laboratório municipal e parcerias municipais -Distância de áreas com dificuldade de acesso à transportes -Alto índice da População de Baixa-Renda
8. Fichas Atendimento Médico Insuficiente	-Alta demanda por SUS devido Baixa-Renda -Moderada dificuldade para equipe realizar Triagem Eficaz
9. Ausência de Espaço Coletivo	-Espaço coletivo sofreu desgaste estrutural sem reposição há 3 anos -Ausência de posição político-municipal sobre -Ausência de meios ou informações que desse resolutibilidade ao fato -Alto índice de riscos epidemiológicos -Contribui com o déficit de qualidade na APS
10. Ausência de Momento de Autocuidado / Escuta coletiva	- Rotina extenuante durante expediente normal; - Pouco espaço de diálogo entre os membros;

Quadro 02 – Demandas mais prevalentes em Atenção Primária em Saúde (APS) internos à dinâmica de trabalho da UBS AREIA BRANCA I

Fonte: Autoria Própria, 2023.

Segundo Matus (1993), quase nunca selecionamos os problemas pela primeira vez, pois “temos uma história que pesa sobre nós”. Explicar a situação presente significa, assim, reconsiderar a validade do conjunto de problemas relevantes com base nos quais viemos conduzindo nossa intervenção sobre o sistema. Segundo esta práxis, a organização se constrói a partir de Planos de Ação formulados de forma participativa, como parte de

um processo contínuo de aprendizagem organizacional operado por mecanismos de ajustamento mútuo que possibilitam aos seus membros trabalhar com objetivos comuns, embora parciais e provisórios, num ambiente complexo e em evolução.

Dessa forma, os dados são dispostos de acordo com a tabela de Matriz TUC (Tabela 01) para seleção dos três problemas mais relevantes na perspectiva abordada – dentre os contextos levantados com atores e dados da própria localidade, pelas análises conjuntas do ambiente interno e externo, através dos critérios de urgência, relevância e factibilidade, definidos como (1.) *Transcendência dos problemas* para gestores e técnicos da organização, para as forças sociais que o apoiam e para a população; (2.) *Urgência dos problemas* e implicações da postergação do enfrentamento dos problemas considerados; (3.) *Capacidade de enfrentamento dos problemas* e possibilidade de obter efeitos de impacto dentro do horizonte de tempo do plano; contexto que define prioridades à serem abordadas no PES. Nesse sentido, MATUS (1996) assegura que a necessidade de planejar traz em si o desejo de operar mudanças em situação que se apresenta inadequada. É deste ponto que o autor integra a perspectiva da teoria com a prática direta da realidade. É a instância normativa do PES que define o como “deve ser” e como, com maior eficácia prática, “poderá chegar à ser” a realidade.

PROBLEMAS	<b>Critério Transcendência</b>	<b>Critério Urgência</b>	<b>Critério Capacidade</b>	<b>TOTAL</b>
1. Problemas Internos da Unidade (UBS)	3	3	3	27
2. Doenças parasitárias na Infância	3	3	2	18
3. Doenças relacionadas ao trabalho	2	3	2	12
4. Doenças Mentais	3	2	2	12
5. Dores Musculo-esqueléticas	1	3	3	9
6. Sequelas AVC	3	1	3	9
7. Acamados ou Restritos ao Leito	2	2	2	8
8. Feridas	2	2	2	8
9. Drogadição e Dependência Química	2	2	2	8
10. Gravidez na Adolescência	2	1	3	6

Tabela 01 – Matriz TUC para a seleção dos problemas selecionados.

Fonte: Autoria Própria, 2023.

O Quadro 03 a seguir, portanto, contextualiza os problemas apontados dentro da abordagem integral à saúde, ampliando horizontes de atuação quando mostra em quais situações correlatas será necessário dedicar maior tempo e energia. Sendo, portanto, elemento importante na Estratégia Saúde de Família.

Problemas	Contextualização dos Problemas na Área*
1. Problemas Internos da Unidade (UBS)	Problemas Internos da UBS e Equipe Multiprofissional (desafios impostos pela pandemia de COVID19 que alteraram rotinas e percepções dos profissionais atuantes, chamando atenção para diversos aspectos da rotina profissional, como: segurança do serviço em saúde, autocuidado profissional, eficácia e organização laboral do ambiente de trabalho, qualidade do serviço ofertado).
2. Doenças parasitárias na Infância	<i>Vulnerabilidades em Saúde</i> : Fatores de Risco e Saúde da Criança, consequentemente, relacionados à doenças infecto-parasitárias, tanto da Mulher como do Idoso (determinando por esse contexto específico, maior grau de vulnerabilidades socioculturais-econômicas diversas, refletidas por um marcador relacionado à inadequadas condições nutricionais – como prevalência de Diarreias Agudas – e concentradas em local específico da microárea – denominada <i>Gruta do Bode</i> ).
3. Doenças relacionadas ao trabalho	<i>Problemas Osteomusculares</i> , Acidentes e Sequelas Relacionadas à exploração do Trabalhador da Monocultura de Cana-de-açúcar (principal oferta de empregos para a população masculina e economicamente ativa da comunidade), geralmente marcada por exaustão de rotina laboral e baixa proteção de direitos trabalhistas.

Quadro 03: Contextualização de problemas que ficaram com o maior escore da Matriz TUC.

Fonte: Autoria Própria, 2023.

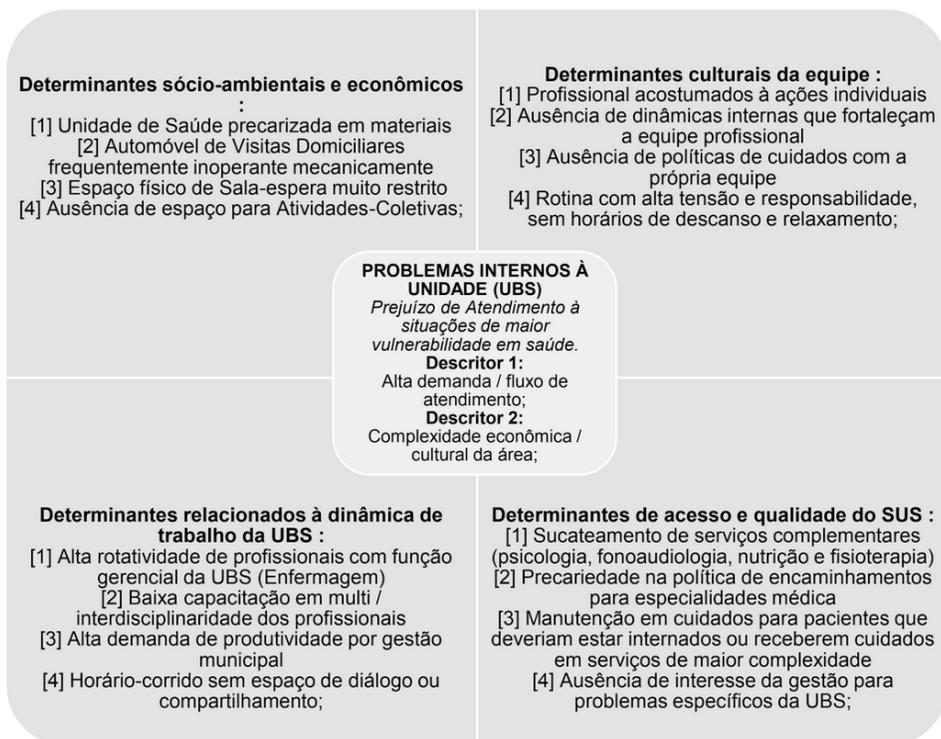
## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Análise do Problema

Deste modo, os problemas internos à UBS, identificados pela *Matriz de Análise dos Problemas Identificados* (Quadro 02), apontam a necessidade de iniciar um Planejamento Estratégico Situacional pelas dinâmicas inerentes às práticas multidisciplinares de trabalho, pois guardam aí boa parte das capacidades de resoluções às demandas gerais de saúde. Representa que a qualidade dos serviços pode ser mais bem aproveitada se a equipe aprimorar padrões de fluxo, registros e comunicação interna – como também, caminhando na utopia da interdisciplinaridade. No caso específico da equipe multiprofissional da unidade de saúde em questão, a ERP ocorreu de formar a preencher um espaço de reunião da equipe já obsoleto aos sentidos da coletividade vigente. E, gradativamente, à medida que era ocupada pelos objetos deste trabalho, o mesmo espaço foi sendo permeado por novos sentidos, agregando valores e perspectivas de mudança que tiveram aceitação e cooperação imediata. As reuniões de equipe ganharam regularidade quinzenal, sendo utilizadas, em parte de seu tempo, para aplicação da ferramenta junto à momentos informais de reflexão, autocuidado, trocas de compreensibilidade profissional e, acima de tudo, humana.

Pensando no problema como ponto de partida para pensar soluções possíveis, criativas e até mais eficazes dentro do contexto específico da Atenção Primária em Saúde, se baseando no modelo simplificado de Fluxograma Situacional de Carlos Matus, é analisado o problema mais destacado segundo a Matriz TUC da Tabela 01: os problemas internos à dinâmica de trabalho na Unidade Básica de Saúde. Através da *determinação causal do problema selecionado*, o quadro 04 à seguir, especifica alguns de seus principais fatores de causalidade, distribuídos por determinantes sócio-ambientais e econômicos, determinantes

culturais da equipe, determinantes relacionados à dinâmica de trabalho da UBS e determinantes de acesso e qualidade do SUS. Esta análise busca encontrar *nós críticos*, assim denominado pelo mesmo autor, que representam pontos de acesso estratégicos para intervenções com maior potencial de modificar os objetivos inicialmente pleiteados.



Quadro 04 – Determinação causal do problema selecionado.

Fonte: autoria própria, 2023.

Dessa forma, se observa que uma complexa rede de empecilhos existe de fato na cultura e estrutura da organização profissional na unidade básica de saúde de Areia Branca I. Alguns desses apontamentos podem ser modificados estrategicamente durante as reuniões de equipe, enquanto outros apresentam raízes em outro nível da gestão pública; porém, o sucesso na modificação daqueles, impactará diretamente meios à se promover possibilidades de atenção ao pleito gestor. As reuniões de equipe, por sua vez, como elemento catalisador do processo de PES, à medida que ia agregando conhecimentos sobre sua própria estigmatização, ampliava consideravelmente sua capacidade resolutiva, integrativa e pedagógica. Sua prática, já em pouco tempo, se mostrava eficaz para conteúdos diferente, e se tornou inevitável agregar essa disposição às referências do objetivo geral e específicos deste trabalho.

Neste ponto, a *Matriz de Programação de Ações, Produtos e Resultados/Problema* (Quadro 05) nos clarifica melhor esta situação; onde as ações estratégicas do Tipo Alfa, já em prática e em pleno desenvolvimento, auxiliarão a conquista de objetivos estratégicos do Tipo Beta, e assim por diante.

Ações estratégicas	Produtos esperados	Resultados esperados	Responsável	Início-Fim (duração em dias, meses ou anos)
<p><b>Alfa:</b> Sistematização De Ciclo Regular para as Reuniões de Equipe</p>	<p><b>Meta 1</b> Maior capacitação coletiva da Equipe de Saúde para melhorar dinâmicas próprias &amp; fluxos de trabalho;  Melhor identificação de prioridades com atualização de procedimentos necessários;</p>	<p>Objetivo <b>Cumprindo a missão</b> Melhorar Atenção à Situações de vulnerabilidades identificadas;  Agir em Multi ou Transdisciplinaridade;</p>	<p>Médico (suporte da Enfermeira e Agentes de Saúde).</p>	<p>Início em _ Maio/2023 Término em _ Novembro/2023 (primeiro ciclo avaliativo)  Início em Agosto/2023 Término em _ Outubro/2023 (segundo ciclo avaliativo)</p>
<p><b>Beta:</b> Melhorar a Qualidade da Atenção Básica à Saúde com base nos dados atualizados de maior vulnerabilidade no território;  [1] Trabalhadores da Monocultura da Cana-de-açúcar; [2] Melhorar Atenção à Saúde De localidade que apresentem vulnerabilidades sociais como a já identificada <i>Gruta do Bode</i>;</p>	<p><b>Meta 2</b> Estimular maior volume e melhor qualidade da informação sobre Saúde do Trabalhador (empresas e empresários);  Manter atualizadas informações sobre áreas vulneráveis (Quadro visível e disponível nas reuniões)  Ações em Saúde mais frequentes nessas áreas identificadas.</p>	<p>Objetivo <b>Enfrentando problemas</b>  Diminuir frequência de problemas e agravos relacionados às circunstâncias atualizadas.  Exercer melhor desempenho na resolução prática destes fenômenos locais em conjunto às esferas superiores (secretarias e instituições especificamente relacionadas);</p>	<p>Médico e Enfermagem (suporte dos Agentes de Saúde).</p>	<p>Início em _ Agosto/2023 Término em _ Janeiro/2024 (primeiro ciclo avaliativo)  Início em _ Fevereiro/2023 Término em _ Agosto/2024 (segundo ciclo avaliativo)</p>
<p><b>Gama:</b> Avaliar contextos políticos externos à UBS (começando desde as políticas das grandes empresas relacionadas à comunidade, como em níveis municipal, estadual e federal) que possam favorecer os fatores-problemas identificados.</p>	<p><b>Meta 3</b> Levantamento sistemático de vulnerabilidades relatório e apresentar às esferas competentes)</p>	<p>Objetivo <b>Perseguindo a visão de futuro</b> Melhorar a qualidade do cuidado preventivo de situações de vulnerabilidade;  Protocolo de Dados _ Saúde do Trabalhador;  Políticas Públicas Sociais para áreas vulneráveis.</p>	<p>Médico, Enfermagem e Agentes de Saúde (suporte de Gestão Municipal).</p>	<p>Início em _ Agosto/2023 Término em _ Janeiro/2024 (primeiro ciclo avaliativo)  Início em _ Fevereiro/2023 Término em _ Agosto/2024 (segundo ciclo avaliativo)</p>

Quadro 05 – Matriz de Programação de Ações, Produtos e Resultados/Problema (Planejamento Estratégico-Situacional)

Fonte: Autoria Própria, 2023.

Assim, Matus (1993), abordando o conceito de fluxo situacional, no intuito de sistematizar as reflexões sobre as causas de um problema, antes de adiantar soluções, afirma que 'explicar' significa compreender o processo de interrelação entre os problemas para ter uma visão de síntese dos determinantes que os produz. Estes elementos fundam um complexo inter-relacionado, inseparáveis na prática cotidiana do trabalho em saúde. Em se tratando de um planejamento de médio ou longo prazo, pode-se dizer que esta definição envolve grandes e pequenas escolhas para alcançar objetivos definidos. E um objetivo pode ser definido como aquilo que se quer alcançar durante o período de execução do Plano.

Este é um ponto muito importante na abordagem matusiana que significa que um problema nunca é "solucionado" definitivamente, mas uma intervenção eficaz na realidade deve produzir um intercâmbio positivo de problemas. Outro ponto fundamental é a necessidade de que seja definido e declarado como problema por um ator, disposto e capaz de enfrentá-lo. (ARTMANN,1993). Assim, é mais viável, promover uma cultura institucional em que os agentes estejam habituados a refletir sobre a finalidade das ações empreendidas cuja "união, a troca de saberes e a busca conjunta de ações resolutivas propiciam o cuidado integral e resolutivo" (UCHÔA et al., 2012). Estas reflexões se integram a apresentação da *Matriz de Programação de Ações, Produtos e Resultados/Problema* apresentada e permitem, assim, estabelecer uma base segura para implementação de um Plano de Ação com metas, cronograma e co-responsáveis definidos.

Os atores, nesse contexto, para Matus (1994b) devem preencher três critérios: (1) Ter base organizativa (2) Ter um projeto definido (3) Controlar variáveis importantes para a situação. Transpondo estas informações ao quadro apresentado, é notório perceber que o desafio de nosso Plano de Ação deve transpassar os três níveis de ações estratégicas, como definidos no Quadro apresentado, sendo: 1) ALFA( $\alpha$ ): Objetivos, Ações e Metas que a organização se obriga a realizar para cumprir a sua Missão; 2) BETA ( $\beta$ ): Objetivos, Ações e Metas necessárias e suficientes para o enfrentamento dos problemas priorizados na Análise de Situação; 3) GAMA ( $\gamma$ ) : Objetivos, Ações e Metas necessárias para a organização alcançar a Visão de Futuro.

Porém, são de fato nas ações estratégicas do tipo BETA que se formulará, em prioridade, os conteúdos necessários à realização de um plano de ação voltado, além do que já se cumpre enquanto missão organizacional, mas como metas de soluções aos problemas cuidadosamente analisados. Sendo assim, Matus (1993, p.300) expõe que esses momentos precisam ser compreendidos como "uma instância repetitiva, ou cíclica. Por isso todos os momentos estão sempre presentes na situação. Os distintos problemas do plano podem estar em distintos momentos, e cada problema avança, em seu tratamento pelo plano, passando de um momento a outro, mas não deixando de estar em todos os momentos. Assim, os momentos são recorrentes para cada problema no processo de mudança situacional" (MATUS, 1993, p.300).

Entre outras competências, as equipes da ESF devem apropriar-se de ferramentas que viabilizem maior resolubilidade na atenção básica, com vistas ao cuidado integral à saúde. A utilização de diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, a partir da identificação de riscos, necessidades e demandas em saúde e as oportunidades reveladas pelas iniciativas e pelos recursos existentes na comunidade deve estar voltada à instituição “de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetiva, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais” (BRASIL, 2011, p. 4). Desenvolve-se no Quadro 06, a partir desses elementos, uma planificação de recursos práticos para disposição de ações do tipo BETA, em acordo ao contexto vigente da Unidade Básica de Saúde Areia Branca I:

- Problema: Insatisfatória Qualidade da Atenção Básica à Saúde com base nos dados atualizados de maior vulnerabilidade:				
Objetivo: <b>Fazer Planejamento Estratégico-Situacional na UBS Areia Branca I.</b>				
Meta de resultado: <b>Garantir ações contínuas por Planejamento Estratégico-Situacional (PES) incluindo maior atenção a vulnerabilidades identificadas:</b> [1] Trabalhadores da Monocultura da Cana-de-açúcar; [2] Melhorar Atenção à Saúde De localidade que apresentem vulnerabilidades sociais como a já identificada <i>Gruta do Bode</i> ;				
<b>Ações do tipo Beta</b>	<b>Meta de Produto</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Início-Fim</b>
Sistematização de Ciclos de Reuniões de Equipe	Reunião de Equipe quinzenalmente.	Moderador: Médico – e autor deste trabalho;	01 ano	Outubro 2023 à Outubro 2024
Atualização/ e sistematização contínua de dados de vulnerabilidades levantadas.	Melhorar comunicação entre profissionais e planejamento de ações disponíveis.	Profissional da Enfermagem;	01 ano	Outubro 2023 à Outubro 2024
Capacitação contínua da Equipe sobre técnicas e materiais referentes às Reuniões de Equipe.	Favorecer uma cultura de interação e cuidados mais eficazes dentro da UBS.	Moderador: Médico – e autor deste trabalho;	01 ano	Outubro 2023 à Outubro 2024
Gestão de dados em saúde da área atualizados – exposição de quadro na UBS	Diminuir vulnerabilidades na Saúde do Trabalhador da área de abrangência e saúde integral da região da <i>Gruta do Bode</i>	Agentes Comunitários de Saúde e Endemias.	01 ano	Outubro 2023 à Outubro 2024

Quadro 06: Ações do tipo BETA – Enfrentando o problema (Plano de Intervenção)

Fonte: Autoria Própria, 2023.

O plano consiste em realizar de forma contínua, de forma regular e pré-estabelecida, uma reunião - com duração de 2 horas na qual reunirá toda a equipe a cada duas semanas - na primeira e terceira semana do mês. Partindo de reflexões sobre problemáticas cotidianas diversas, ação esta que deve ser referenciada sempre por um moderador que conheça de antemão as nuances de uma Reunião de Equipe (de preferência tenha lido o GUIA PRÁTICO

PARA REUNIÃO DE EQUIPE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (2021) para moderar as etapas e correlações dela. Este moderador, inicialmente, se fará na presença do autor deste trabalho, porém com o intuito de formar outros moderadores na própria equipe que possam auxiliar no processo de agir para promover soluções coletivas, identificação interna de potencialidades/ vulnerabilidades e integração da equipe. Os registros das pautas ou atividades realizadas nas *reuniões de equipe* serão realizados à cada encontro em LIVRO ATA para acompanhamento dos avanços sobre às ações, mantendo constante o Planejamento Local em Saúde (PLS), fortalecendo diretamente à Atenção Básica.

Esta dinâmica cíclica de reuniões direcionadas aos fins almejados irá permitir, portanto, estabelecer melhores estratégias de enfrentamento às vulnerabilidades locais, especialmente as já relacionadas anteriormente. As reuniões (de equipe) promovem a integralidade das ações de saúde e contribui para a organização do serviço e um melhor conhecimento das necessidades da população adscrita (BRASIL, 2017).

Assim, é notório, então, que sendo identificadas tanto as vulnerabilidades como as prioridades de ações, seja especialmente possível desenvolver capacidades na dinâmica da equipe para abordar melhor os *problemas relacionados* à Saúde do Trabalhador *pela monocultura canavieira* [racionalizando dados sobre atendimentos e compartilhando informações aos empresários e trabalhadores, por exemplo] e *problemas relacionados* à “Gruta do Bode” – *ponto local de vulnerabilidades diversas* [avaliando dados e fatos ligados qualidade do atendimento em saúde, revendo alternativas de fluxos às dificuldades já inicialmente levantadas, ou diálogos com políticas públicas das mais diversas urgentes ao local, por exemplo].

No caderno de *Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família* (2009) se propõe que, conceitualmente, a qualidade será sempre uma construção social, produzida a partir das referências dos sujeitos envolvidos – os quais atribuem significados às suas experiências, privilegiando ou excluindo determinados aspectos segundo uma hierarquia de preferências. Assim, é sempre um grande desafio buscar uma aproximação do conceito de qualidade em relação à estratégia Saúde da Família, considerando a pluralidade de suas dimensões (política, econômica, social, tecnológica) e os atores envolvidos em sua construção (indivíduos, famílias, comunidades e profissionais).

Mas, ainda sobre a orientação deste mesmo material referencial para o tema, a qualidade em saúde será definida dentro de um grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos frente às normas e protocolos que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos. Serão considerados, ainda, o atendimento às necessidades de saúde percebidas e as expectativas dos usuários, suas famílias, bem como, a resposta às necessidades definidas tecnicamente. É proposto, então, através desta perspectiva integradora, um sistemático espaço de auto-avaliação como metodologia nuclear, orientada por instrumentos dirigidos aos atores e funções em específicos; as reuniões de equipe, dentro da perspectiva estratégica – condizente ao propósito de próprio nome – devem propor uma contínua avaliação coletiva da dinâmica e resultados, alterando suas ações quando preciso for.

Como afirma Voltolini (2019), os encontros podem ser caracterizados como momentos de diálogos, nos quais é possível elaborar planos de atendimento para cada indivíduo e cada família, oportunidades para a socialização do conhecimento, planejamento conjunto e subsídios para tomadas de decisões mais assertivas. Além disso, as reuniões contribuem para readequação do processo de trabalho. Dentre as ações almejadas: (1) Contribuir para inserção da dimensão da qualidade em todos os componentes e espaços de atuação da estratégia Saúde da Família; (2) Verificar os estágios de desenvolvimento alcançados pelos municípios considerando os componentes de gestão municipal, coordenação e trabalho das equipes; (3) Identificar áreas críticas e apoiar os gestores locais no desenvolvimento de planos de ação visando à melhoria da qualidade da estratégia, tanto no que se refere à sua organização quanto às suas práticas; (4) Apoiar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento das iniciativas de melhoria de qualidade da estratégia; (5) Contribuir para a construção da capacidade avaliativa na área da qualidade nas secretarias municipais e estaduais de saúde. (6) Confirmar a identificação das pessoas responsáveis pela execução da recomendação/proposta de intervenção;

Os temas relacionados nestes termos, orientadores à maior qualificação da atenção em saúde, devem se agregar gradativamente as propostas e intenções das reuniões. E, à medida que os integrantes da equipe reconheçam suas funções dentro de cada um destes pontos almejados, se introduza novas etapas. É assim que ARAUJO (2007), afirmou que a reunião de equipe se destaca, por conseguinte, como uma ferramenta indispensável para o desenvolvimento de um serviço de qualidade. Nesse contexto, é um instrumento de intervenção importantíssimo para que as ações de promoção à saúde e de prevenção de agravos sejam desenvolvidas em conjunto.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O singelo termo *atenção* dentro da insígnia inicial de Atenção Primária à Saúde (APS) – ou mesmo posteriormente, de Atenção Básica em Saúde (ABS), antes dos conceitos técnicos conhecidos, por si, demonstra uma primazia de estimar uma nova perspectiva de “olhar” a saúde de alguém. Passando pelo trabalho dos primeiros centros de saúde primários (descritos ainda pelo Relatório Dawson, de 1920, e desenvolvidos durante toda a Reforma Sanitária, ao se transpor perspectivas apontadas pelo desenvolvimento da chamada Saúde Coletiva, a observação das doenças dos sujeitos de uma dada comunidade deveria estar necessariamente atenta à todo processo envolvido na saúde deste mesmo indivíduo: atento aos contextos maiores que o envolvem, dentre eles, o sócioeconômico-cultural, por exemplo. Estar atento exige de fato uma constante renovação desse ato. Renovar perenemente uma certa altivez na percepção imediata do que se está concentrando atenção. Uma desatenção, por mínima que seja, pode gerar um juízo ou julgamento em desacordo definitivo com a realidade observada. Não há como prestar atenção partindo de uma observação passiva, repetitiva, ou apenas, continuamente protocolar.

O Programa Saúde da Família (PSF), portanto, aprimora toda sua dinâmica de cuidado ao atualizar sua atenção direta à rede que envolve o indivíduo de uma comunidade. Estar em exercício de planejamento, como assim foi provocada a equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Areia Branca I, em Canguaretama – RN, promoveu uma oportunidade específica de (re-)pensar estratégias; reestabelecer uma coletividade profissional surpreendentemente potente. É tácito, por esse viés, que a Estratégia Saúde da Família (ESF) depende de revisões constantes de sua dinâmica; seja pela complexidade de fatores que ela lida, e se propõe à acolher. Agir sob a perspectiva dos princípios do Sistema Único de Saúde é acreditar numa demanda tão ampla como a vida. Esse desafio, definitivamente, é posto à prova toda vez que uma equipe é desafiada a planejar estrategicamente suas ações. No centro material deste núcleo, são as Reuniões de Equipe – se oportunizadas de ocorrerem sob à luz de elementos técnico-teóricos adequados, que permitem lubrificar toda engrenagem da máquina em Atenção Básica.

Durante o desenvolvimento deste trabalho foi percebido que atentar para uma vulnerabilidade restrita aos elementos externos da UBS seria estrategicamente insuficiente. As reuniões, a princípio, sugeridas para dar oportunidade espaço-temporal à metodologias como a Estimativa Rápida Participativa (ERP) e como meio de estabelecer prioridades, encontraram fontes de cuidado em si mesmas que fornecia bases de ação para toda a dinâmica externa e interna, antes até menosprezada. A atenção voltada para dentro de uma dinâmica multiprofissional estabeleceu pontes reais para interdisciplinaridade entre estes mesmos profissionais e, ao mesmo tempo, mostrava soluções à longo, médio e curto prazo; estabelecendo em si mesma uma alternativa imediata à muitos dos problemas que eram identificados – pela primeira vez, ou mesmo por várias vezes sem encontrar soluções viáveis. Outros instrumentos metodológicos que potencializaram este percurso, como o Planejamento Estratégico Situacional (PES) também se reafirmou como importante catalizador do processo; deram norte aos objetivos diretos e auxiliaram na organização estratégica dos objetivos indiretos que surgiram no próprio movimento.

Segundo as chaves orientadoras do Guia Prático para Reunião de Equipe na Atenção Primária à Saúde para as Unidades de Saúde de Ribeirão Preto (SP) – documento referencial desse procedimento no desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso relata que os objetivos da reunião em equipe é discutir/organizar processos de trabalho; definir metas; planejar ações preventivas, campanhas e ações extramuros; atualizar as informações e mudanças de diferentes setores; fortalecer as equipes, criar vínculos e integrar profissionais; avaliar as ações implantadas e reavaliar as ações anteriores ou em vigor; e continua cirurgicamente, pois: o processo, em boa frequência e direcionabilidade, permite confirmadamente uma práxis de Educação Permanente Continuada. Ao habituar os profissionais a serem atores reflexivos da prática e construtores de conhecimento em saúde, ao invés de meros receptores, permite elaborar Projeto Terapêutico Singular (PTS), ampliando olhar sobre a família e o ambiente.

## REFERÊNCIAS

- ANJOS, Evandro Barbosa dos; Oliveira, Ana Laura Amorim; Costa, Ana Luíza Barbosa; Cunha, Débora Guimarães; Franco, Juliana Marcelo; Souza, Welberth Fernandes de; 2021. Método Altadir de Planificação Popular – MAPP; Atenção à Gestante em uma Unidade de Saúde da Família: Um relato de experiência. Capítulo 21. Ciências da saúde [livro eletrônico]: desafios, perspectivas e possibilidades – Volume 2 / Organizador Fábio Ferreira de Carvalho Junior. – Guarujá, SP: Científica Digital, 2021.
- ARAUJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455- 464, abr. 2007. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>. acessos em 11 jan. 2021.
- ARTMANN, E., 1993. O Planejamento Estratégico Situacional: A Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde (Uma Abordagem Comunicativa). Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- ARTMANN, E., Azevedo, C.S. & Sá, M.C., 1997. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. *Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública*, 13(4):723-740, out-dez, 1997.
- ARTMANN, Elizabeth. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multisetorial. In: *Cadernos da oficina social nº 3 desenvolvimento local*. COPPE/UFRJ. 2000.
- BORGES, N. S.; SANTOS, A. S.; FISCHER, L.A. Estratégia de saúde da família: Impasses e desafios atuais. *Saúde em Redes*. Espírito Santo, v. 5, n. 1, p. 105-114. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde/Organização PanAmericana da Saúde, 2009a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria. No 2488/GM/MS, 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). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de C186p Planejamento e avaliação das ações em saúde/ Francisco Carlos Cardoso de CAMPOS, Horácio Pereira de Faria, Max André dos Santos. - 2ª ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114p
- CARDOSO, Cíntia Garcia; HENNINGTON, Élda Azevedo. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. *Trab. educ. saúde (Online)*, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 85-112, 2011. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000400005>. Acesso em: 11 Jan. 2021.
- CECÍLIO L.C.O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: *Agir em Saúde*. São Paulo-Buenos Aires: Hucitec-Lugar Editorial, 1997:151-167.
- FIORENTIN, Luciano. Planejamento em saúde: efeito à gestão da atenção básica /Luciano Fiorentin, Brasília: Universidade de Brasília, Orientador: Prof. Jefferson Bruno Pereira Ribeiro. 2019. 34 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) – Especialização em Gestão Pública Municipal – Brasília-DF, Universidade de Brasília, 2019.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M.; ROJAS, L. I. et al. O território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA A. C.; BARCELLOS C.; MOREIRA J. C. et al. (Orgs.). Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 237-55

Guia de Territorialização e Diagnóstico de Área da APS/DF/Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal/Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde /Coordenação de Atenção Primária à Saúde/DF, 2018. 44 p. 1. Conceitos e definições de territorialização e diagnóstico de área. 2. Territorialização. 3. Diagnóstico de Área.

Guia prático para reunião de equipe na atenção primária à saúde para as Unidades de Saúde de Ribeirão Preto, documento norteador para guiar reuniões de equipes realizadas pelas unidades de saúde que compõem a rede de atenção à saúde do município de Ribeirão Preto do Estado de São Paulo.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde em Debate [online]. Rio de Janeiro, v.42, n. especial 1, p. 18-37, set, 2018. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 out. 2022.

MATUS C. Política, planejamento & governo. Tomo I. Brasília: IPEA; 1996.

NASCIMENTO, Murilo César do; SILVA, Simone Albino da; GOYATÁ, Sueli Leiko Takamatsu. Aplicação didática do método Altadir de planejamento popular para estudantes de enfermagem. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, vol. 3, no.3, 2013

SILVA, C. D. S., & MORAES, A. B. G. M. (2021, maio/ago.). O papel estratégico do capital humano na gestão de crise – a Pandemia de COVID-19. Revista de Gestão e Projetos (GeP), 12(2), 214-232. <https://doi.org/10.5585/gep.v12i2.19255>.

SILVEIRA, C. H. Notas sobre a Metodologia da Estimativa Rápida. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1998.

Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB (2022) <https://sisab.saude.gov.br/>

TANCREDI, F. B., BARRIOS, S.R.L., FERREIRA, J.H.G. Planejamento em saúde. Volume 2 / São Paulo: FSP/ USP, 1998.

TCU. Gestão da atenção básica à saúde no Brasil: auditoria coordenada [Coordenação] Tribunal de Contas da União; Tribunal de Contas do Estado do Acre [et al.]. – Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2015. 64p.]

TEIXEIRA, C. F. Planejamento e programação situacional em Distritos Sanitários: metodologia e organização. In: MENDES, E. V. (Org.) Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 237-65.

TESSER, C. D.; GARCIA, A. V.; VENDRUSCOLO, C. et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. Ciênc. saúde coletiva, v. 16, n. 11, p. 4295-306, 2011

TONI, Jackson. EM BUSCA DO PLANEJAMENTO GOVERNAMENTAL DO SÉCULO XXI – NOVOS DESENHOS in: Reflexões para Ibero-América: Planejamento Estratégico. Brasília, ENAP, 2009:21-36. UCHOA, A. C. ; VIEIRA, R. M. V. ; ROCHA, P. M. ; ROCHA, N. S. D. ; MAROTO, R. M. Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil– PhysisRevista de SaúdeColetiva. v.22,n. 1, p. 385-400, 2012.

Véras, Mirella Maria Soares; Quinderé, Paulo Henrique Dias; Ferreira, Luciano Parente; Aragão, Jeovânia Maria Goersch Andrade; Coelho, Maria Abigail Aguiar Arruda. Sistema de informação dos núcleos de atenção integral na saúde da família - SINAI. Parte II: Relato de Experiência. Saúde e Sociedade. Volume: 16, Número: 1, Publicado: 2007. **Publicação de:** Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública. Área: Ciências Da Saúde, Ciências Humanas Versão impressa ISSN: 0104-1290 Versão on-line ISSN: 1984-0470

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva. vol.14 supl.1 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2009

VILLAROSA, F. N. A estimativa rápida e a divisão do território no distrito sanitário: manual de instruções. Brasília, DF: Organização Panamericana da Saúde: Organização Mundial de Saúde, 1993. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 12).

PINTO, Hêider Aurélio AUTOAVALIAÇÃO PARA MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA-AMAQ 3ª edição. Brasília – DF. 2016.

VOLTOLINI, Rinaldo. Interpelações Éticas à Educação Inclusiva. Educação & Realidade, Porto Alegre, v. 44, n. 1, e84847, 2019. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/2175-623684847>. Acesso em 28 jul. 2020. E-pub. 07 mar. 2019.

## CAPÍTULO 6

# PLANO DE INTERVENÇÃO VOLTADO PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE SAÚDE TARCISO PINHEIRO TELES EM CRATO-CEARÁ

*Data de aceite: 02/05/2024*

### **Paulo Henrique Teixeira**

Universidade de Brasília – UnB  
Crato-Ceará  
<https://lattes.cnpq.br/3290687027982339>

### **André Ribeiro da Silva**

Universidade de Brasília – UnB  
Brasília-DF  
<http://lattes.cnpq.br/5028921287123224>

**RESUMO:** As Doenças Crônicas Não Transmissíveis são enfermidades não infecciosas, silenciosas e com riscos de origem multifatorial, onde o indivíduo pode permanecer assintomático por décadas até a manifestação de sinais e sintomas. O objetivo desta pesquisa é elaborar um plano de ação/intervenção, considerando a área de atuação (assistencial ou gerencial), segundo critérios epidemiológicos, éticos, econômicos e sociais, a fim de atender a responsabilidade sanitária da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um plano de intervenção baseado no Planejamento Estratégico Situacional (PES) organizado em quatro fases contínuas passando pelo momento explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional, para o enfrentamento dos problemas de saúde. A presente

pesquisa investigou as dez principais comorbidades da área atendida pela Equipe São Miguel por meio de dados extraídos dos laudos individuais do banco de dados do e-SUS, que apresenta um panorama dos usuários em termos sociais, econômicos, educacionais e clínicos. Observou-se que os três principais problemas encontrados dialogam sob a ótica de indivíduos com estilos de vida associados à má alimentação e ao sedentarismo, apresentando a manifestação, principalmente, da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em jovens e adultos. A partir disso, foi elaborado um plano de intervenção multidisciplinar que abordará os usuários na sala de espera da Unidade de Saúde por meio da Educação em Saúde com diferentes temas que incluem aspectos como os benefícios da atividade física regular, a importância de uma alimentação saudável e balanceada métodos preventivos e de tratamento da HAS.

**Palavras-chave:** Hipertensão Arterial Sistêmica. Educação em Saúde. Promoção da Saúde.

# INTERVENTION PLAN TOWARDS THE PREVENTION AND TREATMENT OF SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION AT THE TARCISO PINHEIRO TELES HEALTH UNIT IN CRATO-CEARÁ

**ABSTRACT:** Chronic Noncommunicable Diseases are non-infectious, silent diseases with risks of multifactorial origin, where the individual can remain asymptomatic for decades until the manifestation of signs and symptoms. The objective of this research is to develop an action/intervention plan, considering the area of operation (assistance or management), according to epidemiological, ethical, economic and social criteria, in order to meet the health responsibility of the Family Health Strategy. It is an intervention plan based on the Situational Strategic Planning (PES) arranged in four continuous phases through the explanatory, normative, strategic and tactical-operational moment, in order to face health problems. The present research investigated the ten main comorbidities in the area served by the São Miguel Team through data extracted from the individual reports of the e-SUS database, which presents an overview of the users in social, economic, educational and clinical terms. It was noted that the three main problems encountered dialogue from the perspective of individuals with lifestyles associated with poor diet and sedentary lifestyle, presenting the manifestation, mainly, of Systemic Arterial Hypertension (SAH) in young and adult subjects. From this, a multidisciplinary intervention plan was elaborated that will approach the users in the waiting room of the Health Unit through Health Education with different themes that include aspects such as the benefits of regular physical activity, the importance of a healthy diet balanced diet and preventive and treatment methods for SAH.

**Keywords:** Systemic Arterial Hypertension. Health education. Health promotion.

## INTRODUÇÃO

O prisma atual acerca dos determinantes de saúde, dispostos na Constituição Federal de 1988, reflete uma ampliação do conceito de saúde para além da mera ausência de doenças, enaltecendo o entendimento de que outras dimensões como aspectos sócio demográficos, econômicos, culturais, laborais, educacionais e de saneamento básico podem facilitar agravos à saúde e impactar a qualidade de vida dos sujeitos (GOMES; PINTO; CASSUCE, 2021).

Nessa perspectiva, faz-se necessário que os profissionais de saúde tenham um olhar holístico e mais humanizado quando se trata do cuidado em relação a promoção de saúde e prevenção/tratamento de agravos baseados na realidade da comunidade, agilizando assim a identificação de fatores de risco e de estratégias mais eficazes para o enfrentamento das problemáticas.

Considerando a premissa supramencionada, aponta-se como elemento motivacional da presente pesquisa a urgência em mapear o quadro situacional da comunidade atendida pela Unidade de Saúde Tarciso Pinheiro Teles, localizada no município de Crato-Ceará, para que se compreenda quais doenças são mais recorrentes, quais públicos demonstram maior acometimento e, assim, a partir de análise dos determinante de saúde elaborar intervenções e acompanhar a evolução dos casos a partir dos indicadores de saúde oficiais do referido município.

Outra motivação é impulsionada pelo fato de que o presente pesquisador enquanto integrante do Programa Mais Médicos para o Brasil visa contribuir no processo de saúde-doença-cuidado da população e na atenuação dos agravos à saúde. Além disso, este estudo poderá fortalecer os laços entre a equipe de Saúde da Família (ESF), enaltecendo a importância do trabalho multiprofissional e transdisciplinar.

Logo, partindo dos fatores motivacionais já citados, fez-se a extração dos indicadores no sistema integrado de saúde do e-SUS, delimitado a Equipe 000085367, pertencente ao bairro São Miguel. Para tal, utilizou-se como filtro o recorte temporal datado até 16 de fevereiro de 2023. Ressalta-se que a utilização destes dados na presente pesquisa, possui o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde registrado em Termo de Anuência.

Feita a extração e tabulação dos indicadores de saúde da equipe São Miguel, obteve-se parâmetros sócio demográficos acerca da população deste nicho em termos quantitativos, os quais também apresentaram informações acerca dos agravos de saúde mais recorrentes e o perfil mais generalista dos usuários.

Em relação as doenças, foram elencadas as dez com maior incidência na comunidade. Sendo estas a hipertensão arterial sistêmica (n=446); obesidade (n=287); diabetes (n=147); doenças oriundas de quadro de desnutrição (n=46); doenças cardíacas (n=37); doenças mentais (n=36); neoplasias (n=30); acidente vascular encefálico (n=25); asma (n=21) e insuficiência renal (n=11).

Ao destacar as três doenças mais recorrentes, percebe-se que há um enlevar entre as enfermidades no tocante ao estilo de vida das pessoas, onde se evidencia a ausência e/ou insuficiência de alimentação saudável e prática regular de atividade física.

O grande destaque foi para a hipertensão arterial sistêmica (HAS), doença de causa multifatorial como tabagismo, alcoolismo, alta ingestão de sódio, ausência de atividade física e níveis elevados de estresse, salientando que os fatores tabagismo e ingestão de álcool foram registrados dentre os indicadores de saúde extraídos do sistema e-SUS. Portanto, o plano de ação terá seu enfoque na educação em saúde voltada para a dimensão da HAS, bem como demais estratégias multiprofissionais em prol do enfrentamento desta doença na comunidade.

A equipe São Miguel atende a 3042 usuários, destes a maioria são adultos e idosos, do sexo feminino, de cor/raça parda, pertencentes a classe proletária e com altos níveis de desemprego, e apesar de apontar um número expressivo de sujeitos com escolaridade de nível superior a maioria esmagadora da comunidade possui apenas o ensino médio como etapa educacional concluída.

Ou seja, os marcadores educacionais e econômicos possuem relação estreita com as doenças de maior acometimento, reforçando a importância dos determinantes em saúde para o enfrentamento de agravos e promoção de qualidade de vida.

Justifica-se esta pesquisa pela necessidade de investigação acerca dos agravos à saúde para tomadas de decisões específicas, relacionadas as demandas da comunidade atendida pela ESF do São Miguel. Para que assim, o processo de intervenção esteja firmado na realidade das pessoas, na realidade da própria equipe e da Unidade de Saúde, bem como considerando aspectos e possibilidades de acordo com a localidade e perfil dos usuários em questão.

Além disso, irá contribuir para o fortalecimento do SUS e promoção de saúde. Outra contribuição significativa diz respeito a amenizar o fluxo destes pacientes na Atenção Secundária/Terciária à Saúde, diminuindo as chances de evolução da HAS e da necessidade de atendimento especializado. Corroborando também na profilaxia da doença através da conscientização da população.

A presente pesquisa tem como objetivo geral a elaboração de um plano de ação/intervenção, considerando o território de atuação (assistencial ou gerencial), segundo critérios epidemiológicos, éticos, econômicos e sociais, de modo a atender à responsabilidade sanitária da Estratégia Saúde da Família.

## REFERENCIAL TEÓRICO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNTs são definidas como um conjunto de enfermidades de natureza não infecciosa, silenciosa e com riscos de origem multifatorial, onde o indivíduo pode permanecer assintomático por décadas até a eclosão e manifestação de sinais e sintomas (BRASIL, 2008). As DCNTs se constituem atualmente como um dos maiores entraves de saúde pública, e correspondem cerca de 72% das causas de morte no Brasil, principalmente na população com baixa escolaridade e com vulnerabilidade social/econômica.

A desinformação das pessoas associadas ao sedentarismo, má alimentação e uso de álcool/tabaco proporcionam um imenso cenário fértil para a imersão das DCNTs na população, atenuando assim o Sistema Único de Saúde devido as altas demandas (BRASIL, 2011). Segundo Santana *et al.* (2019) os portadores de DCNTs necessitam de cuidados diários e específicos às suas necessidades, por isso a maioria dos pacientes são encaminhados para a Atenção em Saúde Especializada. Contudo, o tratamento deve ser acompanhando também pela Equipe de Saúde da família - ESF para que haja uma conscientização para o autocuidado no processo de saúde-doença.

Pensando na conscientização da população acerca das DCNTs, o Ministério da Saúde implantou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (2011 a 2022), elencando as doenças com maior incidência como a Hipertensão Arterial Sistêmica, as doenças respiratórias crônicas, o diabetes e o câncer. Além disso, enfatizou sobre a importância da educação em saúde na comunidade como medida profilática e de controle das DCNTs.

Nesse sentido, as ações de prevenção e promoção da saúde estão vinculadas para além da Atenção Primária à Saúde, sendo também um campo de atuação da Vigilância em Saúde no tocante ao monitoramento dos fatores de risco que rodeiam a prevalência das DCNTs. Salienta-se que a ocorrência destas enfermidades se constitui também como determinantes no impacto econômico e social.

Dentre as DCNTs, a que mais vem se destacando é a Hipertensão Arterial Sistêmica, embora sua manifestação não ocorra de maneira isolada. Ou seja, comumente o diagnóstico da HAS é acompanhado de outras doenças como diabetes. Além disso, o tratamento medicamentoso é de início tardio devido a relutância da população na realização de exames preventivos, e mesmo após diagnóstico tendem a não readequar a alimentação e níveis de atividade física, principalmente os pacientes idosos (FRANCISCO *et al.*, 2019).

Diante disso, as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (BARROSO *et al.*, 2020), comprovaram que o diagnóstico, o tratamento e o controle da HAS são essenciais para a redução das doenças cardiovasculares. Não sendo por acaso a implementação de ações prioritárias na Atenção Básica para a prevenção e o controle da hipertensão como atividades educativas voltadas para o enfraquecimento de condições de risco (obesidade, sedentarismo, tabagismo), como também para o fortalecimento da recuperação de agravos à saúde.

Santana *et al.* (2019) mencionam que há uma forte associação entre os fatores de risco supracitados com o aumento da pressão arterial de idosos, principalmente aqueles com a idade mais avançada. Os autores também destacam de suma importância que se consolide a orientação e educação em saúde como parte do planejamento de promoção da saúde e prevenção de agravos, voltadas a idosos hipertensos no âmbito da atenção primária à saúde, diminuindo assim as chances de necessidade de atendimento especializado e que geralmente os idosos hipertensos também possuem demais DCNTs, como por exemplo diabetes mellitus do tipo II.

O estudo de Bergamo *et al.* (2022) analisaram dados da Pesquisa Nacional de Saúde, com (n= 6.098) idosos com faixa etária igual ou superior a 80 anos, os quais realizaram o inquérito de base domiciliar realizado no Brasil entre 2019-2020. Os autores evidenciaram a prevalência da má alimentação e sedentarismo na parcela de idosos com diabetes do tipo II e, ainda, a baixa procura por orientação de um nutricionista o que corrobora com quadros alarmantes de obesidade.

A obesidade é uma doença caracterizada pelo acúmulo exacerbado de gordura corporal, gerando um comprometimento da saúde dos indivíduos, o que conseqüentemente oferta prejuízos ao organismo como alterações metabólicas. Além de se enquadrar como fator de risco para o desencadeamento de dislipidemias, doenças cardiovasculares, diabetes tipo II e alguns tipos de câncer (SANTOS; CONDE, 2021).

## METODOLOGIA

Trata-se de um plano de intervenção com base no Planejamento Estratégico Situacional (PES) disposto em quatro fases contínuas (momento explicativo, normativo, estratégico e o tático-operacional), para fins de enfrentamento aos agravos à saúde (MATUS, 1994a, 1994b).

O qual visa a resolução das principais problemáticas relacionadas as comorbidades da população, por meio de ações educativas a serem realizadas pela Equipe de Saúde da Família, localizada na Região Cariri. A Unidade de Saúde deste estudo atende a (n= 3042) usuários, maioria do sexo feminino, com faixa etária correspondente a jovens e adultos.

A Equipe da Unidade de Saúde São Miguel é constituída por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 cirurgião dentista, 01 técnico de higiene dentária, 01 técnico de enfermagem, 01 gerente da ESF e 04 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Conta-se ainda com recursos humanos de apoio: 01 agente administrativo, 01 auxiliar de serviços gerais e 01 vigilante. Seu funcionamento é de segunda a sexta no horário de 07 às 12 horas e de 13 às 17 horas.

Os principais problemas relacionados à saúde da comunidade atendida pela Equipe São Miguel foram identificados através da base de dados e-SUS, em específico, no documento de Relatório de Cadastro Individual o qual apresenta, em valores quantitativos, dados sócio demográficos, econômicos e de Saúde Coletiva.

Na filtragem do problema prioritário, utilizou-se a Matriz TUC, a qual seleciona de acordo com a maior pontuação dos critérios. Inicialmente, identificou-se dez comorbidades com maior prevalência na comunidade, relacionando-os aos descritores e aos valores de critérios entre 1 e 3, aplicados as dimensões de transcendência (T: transcendência do problema para a população, gestores e afins); urgência (U: urgência do problema e seus impactos) e capacidade (C: capacidade de enfrentamento do problema e exequibilidade do plano dentro de seu cronograma).

Em seguida, delimitou-se as três principais problemáticas (doenças com maiores acometimentos), em seguida selecionou-se para o plano de intervenção a que obteve maior índice de escore. Para tal, considerou-se a capacidade de enfrentamento da questão e a desenvoltura quanto a execução do plano.

A seguir, nos quadros abaixo, encontram-se elencados os problemas mais recorrentes na população

PROBLEMA	
1	Aumento da HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica entre adultos e idosos
2	Obesidade entre crianças e adultos
3	Aumento da aquisição de diabetes tipo II em jovens e adultos
4	Ocorrência de doenças oriundas de quadro de desnutrição
5	Surgimento de doenças cardíacas na população entre 30 e 45 anos
6	Transtornos mentais
7	Aumento de neoplasias em adultos entre 30 e 55 anos
8	Acidente vascular encefálico em adultos e idosos
9	Asma
10	Elevação da taxa de insuficiência renal

Quadro 1 – Problemas identificados a partir de dados do E-SUS, 2023.

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

PROBLEMA		DESCRITORES
1	Aumento da HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica entre adultos e idosos	Taxa de acometimento da HAS é em média quatro vezes maior que outras comorbidades.
2	Obesidade entre crianças e adultos	A obesidade teve aumento expressivo em jovens entre 19 e 26 anos.
3	Aquisição de diabetes tipo II em jovens e adultos	Cerca de 76% dos usuários relataram sedentarismo
4	Ocorrência de doenças oriundas de quadro de desnutrição	Crianças entre 0 e 3 anos lideram as notificações por desnutrição, seguido de idosos $\geq 89$ anos
5	Surgimento de doenças cardíacas na população entre 30 e 45 anos	Homens são mais acometidos (58%)
6	Presença de agravos relacionados as doenças mentais	42% possui histórico familiar de doenças mentais
7	Aumento de neoplasias em adultos entre 30 e 55 anos	60% deste perfil relatou o consumo frequente de álcool, tabaco e alimentos industrializados.
8	Manifestação de acidente vascular encefálico em adultos e idosos	Homens são mais acometidos (62%)
9	Crescimento de pessoas com asma	46% dos usuários adquiriram asma pós-Covid-19 ou associada a obesidade
10	Elevação da taxa de insuficiência renal	Homens são os mais acometidos (72%)

Quadro 2 – Relação de problemas e seus descritores

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

PROBLEMA	CRITÉRIOS (Valores de 1 a 3)			TOTAL
	Transcendência (T)	Urgência (U)	Capacidade (C)	(T x U x C)
Aumento da HAS entre adultos e idosos	3	3	3	27
Obesidade entre crianças e adultos	3	3	2	18
Aumento de neoplasias em adultos entre 30 e 55 anos	3	3	2	18
Aquisição de diabetes tipo II em jovens e adultos	3	2	2	12
Surgimento de doenças cardíacas na população entre 30 e 45 anos	3	2	2	12
Transtornos mentais	3	2	2	12
Acidente vascular encefálico em adultos e idosos	3	3	1	9
Ocorrência de doenças oriundas de quadro de desnutrição	2	2	2	8
Asma	3	2	1	6
Elevação da taxa de insuficiência renal	2	2	1	4

Quadro 3 – Matriz TUC para a seleção dos problemas selecionados

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

PROBLEMA	
<b>a</b>	Aumento da HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica entre adultos e idosos
<b>b</b>	Quadro significativo de obesidade na comunidade entre crianças e adultos
<b>c</b>	Aumento de neoplasias em adultos entre 30 e 55 anos

Quadro 4 - Problemas com o maior escore da Matriz TUC

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Após a atribuição dos valores de critérios, obteve-se o recorte dos três problemas com maior prioridade segundo o escore (Quadro 4). Sendo estes a HAS; obesidade em crianças e adultos e um aumento expressivo de neoplasias em adultos em idade ativa. A partir destas três doenças prioritárias, realizou-se a etapa de correlação causal e de consequências dos problemas A, B e C, como disposto na Matriz TUC do quadro a seguir.

<b>PROBLEMA a</b>	Aumento da HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica entre adultos e idosos	
<b>DESCRIPTORES</b>	<b>CAUSAS</b>	<b>CONSEQUÊNCIAS</b>
Taxa de acometimento da HAS é em média quatro vezes maior que outras DCNT	1 – Sedentarismo e má alimetação. 2 – Ausência/Insuficiência de medidas profiláticas. 3 – Ausência/Insuficiência de educação em saúde	Uso de medicamentos controlados. Desencadeamento de outras DCNTs. Aumento da desinformação.
<b>PROBLEMA b</b>	Quadro significativo de obesidade na comunidade entre crianças e adultos	
<b>DESCRIPTORES</b>	<b>CAUSAS</b>	<b>CONSEQUÊNCIAS</b>
A obesidade teve aumento expressivo em jovens entre 19 e 26 anos.	1 – Sedentaarismo associado a dependência tecnológica. 2 – Ausência de Nutricionistas 3 – Vulnerabilidade sócio econômica familiar.	Surgimento de outras doenças em decorrência da obesidade. Não tratamento da obesidade e de suas complicações. Aumento de pessoas com transtornos alimentares.
<b>PROBLEMA c</b>	Aumento de neoplasias em adultos entre 30 e 55 anos	
<b>DESCRIPTORES</b>	<b>CAUSAS</b>	<b>DESCRIPTORES</b>
60% deste perfil relatou o consumo frequente de álcool, tabaco e alimentos industrializados	1 – Resistência da população em se realizar exames preventivos 2 – Genética, má alimentação, uso de álcool e tabaco 3 – Dificuldade de exames e consultas com especialistas.	60% deste perfil relatou o consumo frequente de álcool, tabaco e alimentos industrializados

Quadro 5 – Matriz de análise dos problemas selecionados

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

No quadro 5, surgem novas variáveis como a influência da dependência tecnológicas em crianças e jovens no sedentarismo, o que desencadear a obesidade e outras DCNT e isso reflete na relação estreita entre as doenças supramencionadas. A seguir, na figura 1, realizou-se a rede de causas da HAS na população atendida pela Equipe São Miguel, na Unidade de Saúde Tarciso Pinheiro Teles, localizada no município de Crato-Ceará. Para tal, analisou-se o problema da HAS mediante a quatro dimensões.

<b>Determinantes do meio social e econômico</b>	<b>Problema:</b> Aumento da HAS entre adultos e idosos	<b>Determinantes relacionados ao trabalho da Equipe na ABS/APS</b>
<b>Causa:</b> Sobrecarga laboral		<b>Causa:</b> Quantitativo de atendimentos inferior à demanda da população
<b>Causa:</b> Insuficiência/Ausência de lazer		<b>Causa:</b> Pouco investimento na Educação Permanente dos profissionais
<b>Causa:</b> Consumo de alimentos industrializados devido ao baixo custo		<b>Causa:</b> Desarticulação entre ACS, médicos e enfermeiros
<b>Determinantes culturais e comportamentais</b>	<b>Descritor 1:</b> Taxa de acometimento da HAS é em média quatro vezes maior que de outras DCNT	<b>Determinantes relativos ao acesso e qualidade do SUS</b>
<b>Causa:</b> Consumo exagerado de sódio na alimentação		<b>Causa:</b> Dificuldade de consulta especializada
<b>Causa:</b> Baixa realização de exames laboratoriais	<b>Descritor 2:</b> A população masculina apresenta maior acometimentos da HAS	<b>Causa:</b> Ausência de educação em saúde com os usuários
<b>Causa:</b> Insuficiência da prática regular de atividade física		<b>Causa:</b> Instabilidade dos serviços devido ao quadro de profissionais temporários

Figura 1 – Quadro de determinação causal do problema selecionado.

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente investigou as dez principais comorbidades da área atendida pela Equipe São Miguel através de dados extraídos dos relatórios individuais da base e-SUS, no qual apresenta um panorama dos usuários em termos sociais, econômicos, educacionais e clínicos. Nota-se que os três principais problemas encontrados dialogam na perspectiva de indivíduos com estilos de vida associado a má alimentação e sedentarismo, apresentando a manifestação precoce destas enfermidades em sujeitos jovens e adultos.

Ademais, percebe-se o impacto da escolaridade na tomada de decisão na busca dos serviços e informações que poderão agir como uma das ferramentas de enfrentamento aos agravos à saúde. Diante disso traçou-se um plano de ação multiprofissional com ações educativas no âmbito da saúde, como demonstra o quadro a seguir.

<b>Problema:</b> aumento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) entre adultos e idosos				
<b>Objetivo:</b> construir um plano de ação coerente, conforme critérios epidemiológicos, éticos, econômicos e sociais, de modo a atender à responsabilidade sanitária da Estratégia Saúde da Família.				
<b>Meta de resultado:</b> prevenir, diagnosticar e tratar pacientes com HAS em uma Unidade de Saúde no Ceará, 2023.				
<b>Ações do tipo Beta</b>	<b>Meta de Produto</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Início-Fim</b>
Realizar abordagem educativa com pacientes com HAS	Fomentar escuta qualificada para atendimento humanizado	Médico Enfermeiro(a)	30/12/2024	01/09/2023 a 30/12/2024
Realizar palestras acerca da prevenção da HAS na sala de espera	Disseminação de informações profiláticas a fim de reduzir riscos de acometimento da HAS	Médico, Enfermeiro Técnico de enfermagem	30/12/2024	01/09/2023 a 30/12/2024
Realizar palestras sobre a interação medicamentosa com os alimentos	Orientar acerca da importância da alimentação saudável no tratamento da HAS	Médico e Enfermeiro	30/12/2024	01/09/2023 a 30/12/2024
Acompanhar os casos de HAS na área de abrangência	Controlar a evolução da HAS nos pacientes diagnosticados	Médico e Enfermeiro(a)	30/12/2024	01/09/2023 a 30/12/2024
Registrar e notificar 100% dos casos diagnosticados	Criação de indicadores de saúde dos pacientes com HAS	Médico e Enfermeiro(a)	30/12/2024	01/09/2023 a 30/12/2024

Quadro 6 – Proposta de plano de intervenção para enfrentamento o problema priorizado em um município do interior do Ceará, 2023-2024.

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

No quadro 6, encontra-se a proposta de intervenção por meio do plano de ação o qual será de espectro transdisciplinar e interprofissional, com o intuito de propiciar a população informações sobre promoção, prevenção e recuperação de agravos à saúde de maneira que haja o envolvimento entre os profissionais de saúde, com as contribuições específicas de sua categoria. Para tanto, pensou-se para na perspectiva de otimizar a articulação da equipe ESF (Médico, Enfermeiro e Técnico de enfermagem) na realização das ações educativas. A resignação das ações educativas a serem implantadas na Unidade de Saúde Tarciso Pinheiro Teles se configuram em estratégias pautadas na Educação em Saúde e no atendimento com escuta humanizada.

Em suma, os profissionais de saúde supracitados darão andamento as palestras na sala de espera, segundo a especificidade de suas respectivas áreas de atuação profissional. Nesse sentido, Médicos e Enfermeiros serão incumbidos do monitoramento dos casos de HAS, bem como da produção de indicadores de saúde e de palestras a serem realizadas nas salas de esperas da Unidade de Saúde em questão, a qual contará também com o suporte do Técnico em enfermagem.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos achados da presente pesquisa, evidenciou-se a relevância social e científica de analisar o panorama de saúde da amostra deste estudo como disposto no Plano Estratégico Situacional (PES) na perspectiva de implementar ações para melhoria das condições de vida e saúde da comunidade atendida pela Equipe São Miguel. Ressalta-se que o plano de ação proposto poderá impactar positivamente as intervenções nos três níveis de prevenção primária, secundária e terciária ao almejar além do controle e acompanhamento dos casos de HAS, mas, também, sensibilizar a população no tocante a prevenção e tratamento da doença.

O plano de intervenção proposto considerou os aspectos regionais do município, além das condições sociais, econômicas e culturais da população, como a própria sistemática de serviços/programas de saúde ofertados. Todas as estratégias elencadas no plano de intervenção respeitaram também as dimensões biomédicas e espirituais por compreender a complexidade e as diferentes necessidades humanas.

Em suma, espera-se que a análise da situação de saúde e a proposta do plano corroborem também para o fortalecimento da Equipe de Saúde da Família para uma melhor assistência de sua área, contribuindo para melhoria da saúde da comunidade.

## REFERÊNCIAS

BARROSO, W. K. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol.*, n. 116, v. 3, p. 516-658, 2021.

BERGAMO, Priscila Maria Stolses *et al.* Prevalência de doenças crônicas em octogenários: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 27, n. 7, p. 17, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis. Volume 08. Brasília, 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_recomendacoes\\_cuidado\\_doencas\\_cronicas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf)>. Acesso em 10 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília-DF, 2011. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)>. Acesso em: 14 fev. 2023.

CONDE, W. L.; BORGES, C. O risco de incidência e persistência da obesidade entre adultos Brasileiros segundo seu estado nutricional ao final da adolescência. *Rev Bras Epidemiol.* n. 14, pp. 71-79, 2011.

FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo *et al.* Prevalência de doenças crônicas em octogenários: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Ciênc. saúde coletiva*, n. 27, v. 7, 2022.

GOMES, M. A. V.; PINTO, V. O.; CASSUCE, F.C.C. Determinantes da satisfação no atendimento das unidades básicas de saúde (UBS). *Cien Saude Coletiva*. Ed. especial, 2019.

GUTMANN, V. L. R. *et al.* Motivos que levam mulheres e homens a buscar as unidades básicas de saúde. **J. nurs. health**, n. 12, v. 2, e2212220880, 2022.

MATUS, C. **PES**: Guia de analisis teorico. Seminario de Gobierno y Planificación. Fundación ALTADIR, Caracas, 1994a.

MATUS, C. **El método PES**: Reingeniería pública y la teoría de las conversaciones: trabas y problemas Fondo Editorial ALTADIR, 1994b.

SANTANA, Breno de Sousa *et al.* Hipertensão arterial em idosos acompanhados na atenção primária: perfil e fatores associados. **Rev. escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, e20180322, 2019.

SANTOS, Iolanda Karla Santana dos; CONDE, Wolney Lisbôa. Variação de IMC, padrões alimentares e atividade física entre adultos de 21 a 44 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, n. 26 (suppl 2), 2021.

# OBESIDADE E A DIFICULDADE NA ADESÃO DO TRATAMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE URBANO DO MUNICÍPIO DE CASINHAS – PE

*Data de aceite: 02/05/2024*

### **Priscilla Guimarães Alves**

Universidade de Brasília – UnB  
Casinhas - PE

<http://lattes.cnpq.br/9274457359888487>

### **André Ribeiro da Silva**

Universidade de Brasília – UnB  
Brasília-DF

<http://lattes.cnpq.br/5028921287123224>

da obesidade nas comunidades da UBS Urbano de Casinhas-PE e promover uma melhoria significativa na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. A prevenção e o tratamento da obesidade devem ser prioridades, visando o bem-estar e a promoção da saúde de toda a população.

**PALAVRAS-CHAVE:** Alimentação; Obesidade; Saúde; *Cuidado*.

**RESUMO:** A obesidade é um dos problemas mais graves do século XXI, principalmente devido aos Fast Foods e ao sedentarismo, afetando a qualidade de vida das pessoas. Diante do exposto, objetivou-se a construção de um plano de ação coerente, conforme critérios epidemiológicos, éticos, econômicos e sociais, de modo a atender à responsabilidade sanitária da Estratégia Saúde da Família no município de Casinhas – PE. Diante disso, a implementação de um plano de ação coerente, baseado em critérios epidemiológicos, éticos e sociais, é fundamental para atender à responsabilidade sanitária da Estratégia Saúde da Família no município de Casinhas-PE. Um trabalho conjunto entre os profissionais de saúde, a comunidade e as autoridades locais, em que unidos conseguirão enfrentar o desafio

### OBESITY AND DIFFICULTY IN ADHERING TO TREATMENT IN THE URBAN BASIC HEALTH UNIT OF THE MUNICIPALITY OF CASINHAS – PE

**ABSTRACT:** Obesity is one of the most serious problems of the 21st century, mainly due to Fast Foods and a sedentary lifestyle, affecting people's quality of life. Given the above, the objective was to build a coherent plan of action, according to epidemiological, ethical, economic and social criteria, in order to meet the health responsibility of the Family Health Strategy in the municipality of Casinhas - PE. In view of this, the implementation of a coherent plan of action, based on epidemiological, ethical and social criteria, is essential to meet the health responsibility of the Family Health Strategy in the municipality of Casinhas-PE.

Joint work between health professionals, the community and local authorities will make it possible to face the challenge of obesity in the communities of UBS Urbano de Casinhas-PE and promote a significant improvement in the health and quality of life of individuals. The prevention and treatment of obesity should be priorities, aiming at the well-being and health promotion of the entire population.

**Keywords:** Food; Obesity; Health; Careful.

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho faz parte de um currículo profissional de saúde da família que visa aprimorar os conhecimentos e as habilidades necessárias para atuar com eficácia e competência no campo da saúde. Nesse contexto, compreender o papel do planejamento estratégico é fundamental para fortalecer a atenção primária à saúde (APS) e contribuir para a melhoria do cuidado prestado às famílias.

O planejamento estratégico é uma ferramenta que permite traçar metas, definir ações e direcionar recursos de forma estruturada que atenda às necessidades de sua gente. Na atenção primária à saúde, o planejamento estratégico ajuda a identificar os principais problemas de saúde da comunidade, estabelecer prioridades e alocar adequadamente os recursos humanos, físicos e financeiros (PAULO, 2016).

O fortalecimento dos vínculos com as famílias assistidas e a promoção da integralidade e continuidade do cuidado podem ser facilitados com a utilização do planejamento estratégico na atenção primária à saúde (KLEBA; KRAUSER; VENDRUSCO, 2011). Além disso, possibilita o desenvolvimento de ações preventivas e de promoção da saúde, gestão efetiva de casos e articulação de redes de atenção, garantindo uma atuação mais comprometida e qualificada (JUNGES; BARBIANI; ZOBOLI, 2015).

Nesse sentido, o planejamento estratégico é uma ferramenta importante para melhorar a atenção primária à saúde e fortalecer a atenção domiciliar. Através desta abordagem, os recursos disponíveis podem ser otimizados, o acesso aos serviços de saúde ampliado, a equidade promovida e os indicadores de saúde da população melhorados (DE SOUZA, 2014). Com isso, os profissionais especializados em saúde domiciliar têm a oportunidade de contribuir significativamente para a melhoria do sistema de saúde como um todo.

Minha unidade de atuação encontra-se no estado de Pernambuco no município de Casinhas. Esta Unidade Básica de Saúde (UBS) está localizada em setores censitários, e que compõem os 20% mais pobres do município de Casinhas-PE. Faço parte como médica da equipe multidisciplinar que é formada por um profissional das seguintes áreas: medicina, enfermagem, técnico de enfermagem, odontologia, auxiliar de odontologia; além de seis agentes de saúde. Contamos também com apoio externo de nutricionista, psicólogo e educador físico. Esta UBS tem como nome UBS URBANO, sendo o serviço responsável pela área urbana e central do município de Casinhas-PE. De acordo com os dados retirados do Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC a unidade possui 2753 usuários cadastrados,

destes 118 são obesos, 195 diabéticos e 466 são hipertensos. Contudo, nos deparamos com uma resistência dos pacientes obesos em aderir ao tratamento, pois o mesmo busca soluções com medicamentos, não aderindo a mudanças de estilo de vida.

A obesidade é um problema de saúde de extrema relevância e com impacto significativo na população local. Esse problema representa um desafio para os sistemas de saúde, pois está associado a uma ampla gama de doenças e complicações que prejudicam o bem-estar e a qualidade de vida do indivíduo. Além disso, a obesidade tem efeitos negativos tanto individual quanto coletivamente.

Em Casinhas, o combate à obesidade requer a implementação de políticas públicas efetivas de promoção de alimentação saudável, incentivo à prática regular de atividade física, acesso a serviços de saúde adequados e educação em saúde para aumentar a conscientização sobre os riscos e a prevenção da obesidade. Para enfrentar esse grave problema de saúde e melhorar a qualidade de vida das pessoas, é fundamental uma abordagem integrada e multidisciplinar envolvendo profissionais de saúde, gestores, comunidades e outros atores sociais (PEDRO, 2020).

Diante do exposto, há várias evidências que apontam uma exposição cada vez mais precoce à má alimentação (IBGE, 2015). Geralmente este quadro se repete em países em desenvolvimento, justamente por indústrias de alimentos e bebidas visam um mercado consumidor promissor em lugares como a América Latina, Ásia e África. Deste modo, se o número de vendas cai nos países mais ricos, as multinacionais alimentícias expandem sua presença em países em desenvolvimento, através de uma comercialização tão massiva que chega a transformar os hábitos alimentares tradicionais da localidade (MARTINS 2018).

Portanto, a abordagem desta problemática na ótica de segurança alimentar e nutricional ocorre de forma introdutória, assim como análises das conceituações que pautam as políticas públicas. Dito isto, o presente estudo objetivou-se analisar como a obesidade vem sendo tratada em políticas do SUS e do SISAN, assim como também, é abordada pela sociedade, incluindo conceitos, estratégias de ação, indicadores e articulações institucionais, especialmente associadas com a alimentação e nutrição.

## **OBJETIVO**

Diante do exposto, a elaboração de planejamentos estratégicos e planos de ação tem papel fundamental no fortalecimento da atenção primária à saúde e na promoção de grandes mudanças nos serviços e na qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades atendidas (ALVES, 2011). Objetivou-se a construção de um plano de ação coerente, conforme critérios epidemiológicos, éticos, econômicos e sociais, de modo a atender à responsabilidade sanitária da Estratégia Saúde da Família no município de Casinhas – PE. Com o intuito de:

1. Trazer uma análise reflexiva em relação a obesidade no município de Casinhas – PE;
2. Analisar as causas e consequências da obesidade;
3. Propor uma proposta de intervenção para o índice de obesidade.

## JUSTIFICATIVA

A construção de um plano de ação coerente, que considere critérios epidemiológicos, éticos, econômicos e sociais, é fundamental para atender à responsabilidade sanitária da Estratégia Saúde da Família no município de Casinhas - PE. Baseando-se na necessidade de direcionar as intervenções de saúde de forma eficiente e eficaz, garantindo o acesso equitativo aos serviços, o respeito aos princípios éticos, a sustentabilidade financeira e o atendimento às necessidades da comunidade.

Ao considerar critérios epidemiológicos, é possível identificar as principais demandas de saúde da população local, como doenças prevalentes, problemas de saúde reprodutiva e incidência de doenças infecciosas. Isso permite direcionar as ações de forma adequada, priorizando as áreas de maior impacto na saúde da população.

No que diz respeito aos critérios éticos, é essencial assegurar que as intervenções sejam realizadas com respeito à autonomia do paciente, à privacidade e confidencialidade das informações, bem como à equidade no acesso aos serviços de saúde. Considerar a diversidade cultural e religiosa da comunidade também é fundamental para garantir uma abordagem sensível e adequada.

Os critérios sociais são importantes para considerar as características sociodemográficas e os determinantes sociais da saúde da população local. A participação da comunidade no processo de tomada de decisões é fundamental para garantir que as intervenções sejam culturalmente apropriadas e atendam às expectativas e prioridades da comunidade.

Portanto, a construção de um plano de ação, levando em consideração critérios epidemiológicos, éticos e sociais, é essencial para garantir uma abordagem abrangente e eficaz na promoção da saúde e no atendimento às necessidades da população no município de Casinhas - PE. Isso contribuirá para o fortalecimento do sistema de saúde, a melhoria da qualidade de vida e o cumprimento da responsabilidade sanitária da Estratégia Saúde da Família.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### Combate e o controle da obesidade

O aumento da população afetada por doenças crônicas não transmissíveis ressalta a necessidade de organização dos serviços de saúde para atender a essa demanda de maneira qualificada. Atualmente, é recomendado que o cuidado desses indivíduos seja fornecido por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS têm como objetivo melhorar a atenção à saúde em três níveis: micro (indivíduos e suas famílias), meso (serviços de saúde e comunidade) e macro (políticas de saúde) (MENDES, 2011 apud BRASIL, 2014).

As necessidades dos pacientes com condições crônicas são diferentes daqueles com condições agudas, uma vez que eles precisam de apoio contínuo, não apenas de intervenções biomédicas. Para esse grupo, o cuidado precisa ser integrado e, para ser efetivo, deve envolver tempo, oferta de cuidados de saúde e capacitação para o autocuidado (MENDES, 2011 citado por BRASIL, 2014).

No controle da obesidade e das doenças relacionadas, a conscientização e a prevenção são fatores-chave. Um trabalho em equipe, incluindo visitas domiciliares e a implantação de grupos operativos, pode ajudar a reduzir esse problema que afeta tantas pessoas. A prevenção e o controle da obesidade devem incluir uma ampla gama de ações que apoiem os indivíduos na adoção de estilos de vida saudáveis, permitindo a manutenção ou recuperação de um peso saudável (BRASIL, 2014).

Diversos recursos podem ser utilizados para conscientizar a população, como palestras que fornecem informações sobre alimentação equilibrada, benefícios da prática de atividade física e orientações aos familiares, entre outros. Na atenção básica, além das Unidades Básicas de Saúde (UBS), destacam-se outros programas que são locais privilegiados para essas ações, como o Programa Saúde na Escola e as Academias da Saúde (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, o trabalho dos profissionais de saúde desempenha um papel crucial no cuidado desses pacientes, que geralmente estão fragilizados. Além disso, a conscientização da família é de grande importância, pois ela desempenha um papel fundamental no controle da doença pelo paciente.

No que diz respeito à prevenção e tratamento do sobrepeso/obesidade, o apoio matricial interdisciplinar é um grande facilitador da resolução por parte das equipes de Atenção Básica, uma vez que promove a ampliação do conhecimento sobre a complexidade dessas condições e permite uma melhor oferta de cuidados. Nesse sentido, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) desempenham esse papel em conjunto com as equipes de Saúde da Família, por serem equipes multiprofissionais (BRASIL, 2006).

## MÉTODO

O presente trabalho foi desenvolvido após uma reunião com a equipe multidisciplinar em que foram elencadas as principais doenças e agravos da UBS URBANO de Casinhas-PE. O primeiro fator que foi levado em consideração, foi a dificuldade dos usuários em aderir ao tratamento. Pois sempre buscam uma medicação para combater a obesidade, sendo que diferente de outras patologias, para obter bons resultados no tratamento da obesidade, a mudança de estilo de vida é primordial.

Os dados numéricos foram retirados do Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC, E-SUS e DATASUS. Em que, foi percebido a capacidade dos pacientes obesos desenvolverem doenças crônicas.

**Conexões e interações:** Existe uma forte interconexão entre a obesidade, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus. A obesidade é um fator de risco significativo para o desenvolvimento da hipertensão e do diabetes, e muitas vezes essas condições ocorrem em conjunto. Compreender as relações entre essas doenças é essencial para o diagnóstico, tratamento e prevenção eficaz.

**Abordagem multidisciplinar:** O estudo desses temas requer uma abordagem multidisciplinar, envolvendo conhecimentos de medicina, nutrição, fisiologia, genética, epidemiologia, entre outros campos. A interação entre diferentes especialidades médicas é fundamental para entender melhor essas condições complexas e desenvolver estratégias de prevenção e tratamento adequadas.

**Relevância clínica:** A obesidade, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus têm um impacto significativo na prática clínica. Essas condições exigem monitoramento regular, manejo cuidadoso e adoção de medidas preventivas. Estudar esses temas permitirá aos profissionais de medicina adquirir conhecimentos e habilidades necessários para fornecer uma assistência eficaz aos pacientes afetados por essas condições.

**Potencial de intervenção e prevenção:** O estudo desses temas também se relaciona com a possibilidade de desenvolver estratégias de intervenção e prevenção. Compreender as causas, os fatores de risco e os mecanismos subjacentes a essas condições possibilitará a implementação de programas de prevenção eficazes, aconselhamento sobre estilo de vida saudável, promoção de hábitos alimentares adequados e a prescrição de tratamentos individualizados.

Considerando essas justificativas, o foco do trabalho tem como o tema a Obesidade e a dificuldade na adesão do tratamento no município de Casinhas-PE. Ao desenvolver um plano estratégico, os profissionais de saúde podem identificar com mais precisão os desejos e necessidades de uma população, além de estabelecer metas e objetivos claros (LIMA, *et al.*, 2022). Isso permite uma alocação mais eficiente dos recursos disponíveis e garante que as ações e intervenções sejam direcionadas às áreas prioritárias.

Como resultado da reunião com a equipe multidisciplinar seguem abaixo as principais doenças e agravos da UBS URBANO de Casinhas-PE no Tabela 1. E como dito anteriormente, o fator primordial levado em consideração, foi a dificuldade na adesão do tratamento pela comunidade.

DOENÇAS E AGRAVOS	
1	Obesidade
2	Diabetes tipo 2
3	Hipertensão Arterial Sistêmica
4	Baixa Cobertura do Citológico
5	Pré-natal com menos de 6 consultas
6	Visitas domiciliares demandada de forma errônea
7	Dores articulares
8	Alto índice de solicitação de exames de imagem
9	Gravidez na Adolescência
10	Uso de Benzodiazepínicos

Tabela 1 - 10 Principais Problemas e Agravos da População de Casinhas.

Fonte: Autor (2023).

Por conseguinte, uma vez que foram definidos tais tópicos, fez-se necessário estabelecer os descritores dos problemas. Vide Tabela 2.

PROBLEMA	DESCRIÇÃO
1. Obesidade	Consta como 4,3% da população registrada em PEC e apresentam grande resistência e dificuldade na adesão do tratamento
2. Hipertensão arterial sistêmica	Pelos dados do Previne Brasil, 59% dos pacientes não compareceram em consultas no último quadrimestre
3. Diabetes Mellitus	Constam como 7% da população registrada em PEC e a maioria apresenta sobrepeso ou obesidade associados
4. Cobertura de Citológico	A população não comparece na coleta, buscam apenas exames de imagem. No último quadrimestre do Previne Brasil, 68% não foram realizar o exame.
5. Pré-Natal	Apenas 38% da população fizeram 6 consultas pelo primeiro quadrimestre
6. Visitas domiciliares	A população não entende e demanda visitas de urgências sem critérios. Os agentes de saúde não instruem adequadamente a comunidade.
7. Dores articulares	Representa uma queixa bastante comum entre as mulheres. Aproximadamente 85% do registro do PEC com esta condição são femininos.
8. Exames de Imagem	A população no geral comparece em consultas já com a ideia pré-formada de solicitar exames de imagem e não aceitam as orientações médicas
9. Gravidez na adolescência	Apresenta como 10% da população gestante.
10. Uso de benzodiazepínicos	A população condicionou-se ao uso deste fármaco e apresenta imensa resistência ao desmame da droga.

Tabela 2 - 10 Principais Problemas e seus Descritores que Acometem a População de Casinhas.

Fonte: Autor (2023).

Diante da problemática descrita acima no tabela 2, foi necessário aplicar os critérios de transcendência, urgência e capacidade de enfrentamento (matriz TUC) para estabelecer a prioridade dos problemas, que seguem abaixo no Tabela 3.

Problema	Transcendência (T)	Urgência (U)	Capacidade (C)	(T × U × C)
1. Obesidade	3	3	3	27
2. Hipertensão arterial sistêmica	3	3	3	27
3. Diabetes Mellitus	3	2	2	12
4. Baixa Cobertura do Citológico	2	2	2	6
5. Pré-natal com menos de 6 consultas	2	2	1	5
6. Visitas domiciliares demandada de forma errônea	2	1	1	4
7. Dores articulares	2	1	1	4
8. Alto índice de solicitação de exames de imagem	2	1	1	4
9. Gravidez na Adolescência	2	1	1	4
10. Uso de Benzodiazepínicos	1	1	1	3

Tabela 3- Seleção de Problemas da População de Casinhas.

Fonte: Autor (2023).

Após a análise acima utilizando a Matriz TUC dos dados dos 10 problemas e agravos elencados, foi identificado os 3 principais problemas. Ver Tabela 4.

Problemas e Agravos	
1	Obesidade
2	Diabetes tipo 2
3	Hipertensão Arterial Sistêmica

Tabela 4- Problemas e Agravos com Maior Índice na Matriz TUC

Fonte: Autor (2023).

Percebeu-se que temas como obesidade, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), são de maior prevalência e impacto na saúde pública. A obesidade, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus são problemas de saúde pública que afetam um grande número de pessoas em todo o mundo. E o efeito local na UBS URBANO do município de Casinhas-PE demanda da equipe uma atenção maior.

Sabe-se que essas condições têm uma alta prevalência e estão associadas a várias complicações graves, como doenças cardiovasculares, acidentes vasculares cerebrais, doenças renais e problemas metabólicos. Portanto, estudar esses temas é relevante para entender sua extensão e impacto na saúde da população, analisando, assim suas causas e consequências descritas no tabela 5.

PROBLEMA 1		
DESCRIÇÃO	CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS
Obesidade consta como 4,3% da população registrada em PEC e apresentam grande resistência e dificuldade na adesão do tratamento	Alimentação inadequada com grandes quantidades de carboidratos e gorduras Sedentarismo	Aumento progressivo do peso, doenças crônicas como HAS e DM Dores ósseas e musculares.
PROBLEMA 2		
DESCRIÇÃO	CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS
Hipertensão Arterial Sistêmica, pelos dados do Previnhe Brasil, 59% dos pacientes não compareceram em consultas no último quadrimestre	Pacientes costumavam apenas repetir as prescrições sem passar pelo médico ou enfermeira; Não havia PEC no município e os registros estavam todos atrasados	Diminuição dos dados registrados dos índices pressóricos Pacientes apresentando descompensação da doença de base
PROBLEMA 3		
DESCRIÇÃO	CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS
Diabetes Mellitus constam como 7% da população registrada em PEC e a maioria apresenta sobrepeso ou obesidade associados	Alto consumo de carboidratos refinados História Familiar; Sedentarismo.	Descompensação da hemoglobina glicada; Aumento das doses e ou acréscimo dos antidiabéticos orais

Tabela 5. Lista das Descrições, Causas e Consequências.

Fonte: Autor (2023).

Nota-se acima e associada à vivência da unidade básica, que o desafio do enfrentamento da obesidade é alto, uma vez que, as duas outras patologias (HAS e DM) dispomos na farmácia local de fármacos que auxiliam no controle da doença. Contudo, a obesidade necessita, primordialmente, do paciente para obter sucesso no controle.

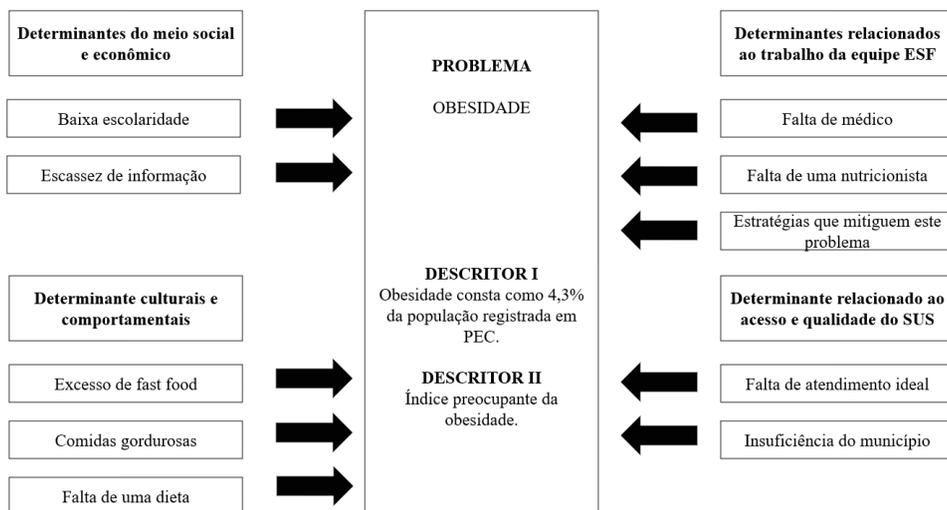


Tabela 6. Matriz de Análise do Problema Seleccionado.

Fonte: Autor (2023).

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura no corpo. Ao longo das últimas décadas, observa-se um aumento significativo da obesidade em todas as faixas etárias, tornando-se um sério problema de saúde pública globalmente reconhecido pela OMS (SILVA; ANDRADE, 2023).

De acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade é diagnosticada quando o Índice de Massa Corporal (IMC) de uma pessoa é igual ou superior a  $30\text{kg/m}^2$ . Além disso, a obesidade pode ser classificada em diferentes graus: obesidade grau 1, quando o IMC está entre 30 e  $34,9\text{ kg/m}^2$ ; obesidade grau 2, quando o IMC está entre 35 e  $39,9\text{ kg/m}^2$ ; e obesidade grau 3, conhecida como obesidade grave ou mórbida, quando o IMC é igual ou superior a  $40\text{ kg/m}^2$  (TIMO et al., 2022).

Visto que a oferta de alimentos ultraprocessados e com alto índice calórico vem ficando cada vez mais fácil e comum no dia a dia e, atrelado ao modo de se alimentar, a população, atualmente, vem se tornando cada vez mais sedentária, talvez pela facilidade da internet, em que as pessoas estão sempre sendo estimuladas em redes sociais com comidas e também perdendo mais tempo acessando a própria plataforma sem se movimentar. Este cenário está bastante presente nas comunidades da UBS URBANO de Casinhas-PE.

Na década de 1990, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN, 1999) a qual definiu algumas diretrizes que objetivavam organizar ações preventivas e o próprio tratamento da obesidade, de maneira que fosse encaixado no Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999). E no ano de 2012, esta temática foi tratada de maneira mais categórica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Sendo assim, a obesidade é uma problemática que o profissional da saúde não deve negligenciar e necessita intervir. Por tais motivos, fez-se necessário criar um plano de ação com estratégias as quais resolvessem a principal problemática elencada. Ver tabela 7.

---

**Problema:** Obesidade e a dificuldade na adesão do tratamento

---

**Objetivo:** Observar melhor os pacientes obesos e inseri-los em um acompanhamento multiprofissional para redução do peso corpóreo.

**Meta de Resultado:** Ter mais de 50% da adesão da comunidade obesa nas medidas adotadas

Ações tipo Beta	Meta de Produto	Responsável	Prazo	Início-Fim
Reuniões com a equipe	Inicialmente explicar e sanar todas as dúvidas do plano de intervenção. Em seguida, discutir sobre o processo de trabalho, melhorias e dificuldades.	Médica, Enfermeira, Técnica de Enfermagem, ACS, Nutricionista e Psicólogo.	1 ano e 2 meses	03/07/2023-03/12/2024
Fazer uma busca ativa de toda a população obesa	Deixar os cadastros da população obesa atualizados para conseguir acompanhar com mais detalhe.	ACS	2 meses	15/07/2023-15/09/2023
Recomendar a prática de atividade física	Maior adesão da população nas aulas de ginásticas oferecidas pelo município.	Educador Físico	1 ano	16/09/2023-16/09/2024
Encaminhar os pacientes para acompanhamento nutricional mensal	Obter um maior controle dos resultados da dieta.	Nutricionista	1 ano	16/09/2023-16/09/2024
Garantir reuniões com ações de incentivos do tratamento	Palestras, reuniões para roda de conversas sobre o tratamento e as experiências individuais	Enfermeira, Técnica de Enfermagem, Médica, Nutricionista e Psicólogo.	1 ano	16/09/2023-16/09/2024

---

Tabela 7. Plano de Intervenção.

Fonte: Autor (2023).

Este plano de intervenção será a principal maneira que toda a equipe da UBS URBANO do município de Casinhas-PE irá realizar o processo de trabalho no combate da problemática citada. Visando melhorar cada vez mais a qualidade de vida da população e a inserir em uma vida mais saudável e ativa. Além disto, a abordagem do tratamento da obesidade requer uma equipe multiprofissional composta por médicos, nutricionistas, educadores físicos, enfermeiros, agentes de saúde, psicólogos e farmacêuticos. Cada um desses profissionais desempenha um papel fundamental no processo de trabalho, devendo todos terem colaboração e cooperação para estabelecer metas e executar o plano de tratamento eficaz para o paciente obeso.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste trabalho, podemos destacar a relevância do tema da obesidade nas comunidades da UBS Urbano de Casinhas-PE. Através da análise realizada, foi possível identificar a alta prevalência dessa condição de saúde na população, o que traz consequências negativas para a qualidade de vida e aumenta o risco de desenvolvimento de doenças crônicas.

Durante o estudo, foi evidenciado que a obesidade está associada a fatores como alimentação inadequada, sedentarismo e falta de informações sobre hábitos saudáveis. Além disso, observou-se a necessidade de uma abordagem integral e multidisciplinar no enfrentamento desse problema, envolvendo não apenas os profissionais de saúde, mas também a comunidade como um todo.

É fundamental promover a conscientização sobre a importância de adotar um estilo de vida saudável, incluindo uma alimentação equilibrada e a prática regular de atividade física através de um plano de ação eficaz oferecendo suporte e orientação adequados para os indivíduos que buscam perder peso e melhorar sua saúde.

Diante disso, a implementação de um plano de ação coerente, baseado em critérios epidemiológicos, éticos e sociais, é fundamental para atender à responsabilidade sanitária da Estratégia Saúde da Família no município de Casinhas-PE. Esse plano deve incluir ações de educação em saúde, promoção de hábitos saudáveis, orientação nutricional, incentivo à prática de atividade física e acompanhamento adequado dos pacientes.

Por fim, ao combater e a melhorar adesão no tratamento da obesidade fará com que os resultados a curto e longo prazo tragam melhorias significativas na vida dos usuários da UBS Urbano de Casinhas-PE. A curto prazo, teremos a redução da gordura corporal, preservação da massa magra e perda de peso sustentável. E a longo prazo, perceberemos a diminuição e controle de outras patologias como hipertensão arterial, diabetes mellitus, depressão, dores osteomusculares. E isto é alcançado por meio de um plano de tratamento com medicações quando necessário, mas sobretudo com mudança de estilo de vida, portanto: educação alimentar, prática regular de exercícios físicos, sono regular, controle de estresse e ansiedade. O tratamento visa melhorar a capacidade funcional e a qualidade de vida dos pacientes obesos (SILVA; ANDRADE, 2023).

## REFERÊNCIAS

ALVES, E. F. Programas e ações em qualidade de vida no trabalho. **INTERFACEHS-Revista de Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade**, v. 6, n. 1, p. 60-78, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção Básica: obesidade**. Brasília, 2006, 108p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 212 p.

- BURKE, V.; BEILIN, L. J.; SIMMER, K.; ODDY, W. H.; BLAKE, K. V.; DOHERTY, D.; ... STANLEY, F. J. Predictors of body mass index and associations with cardiovascular risk factors in Australian children: a prospective cohort study. **International Journal of Obesity**, v. 29, p. 15-23, 2005.
- CALEMAN, G.; SILVA, W. M.; GOMES, Â. F.; DE PINHO, A. P. N. M.; PERES, L. V. C.; FERREIRA, C. S. W. O planejamento estratégico situacional em tempos de crise. **Planejamento e Gestão**, v. 2, p. 40, 2021.
- CASTRO, I. R. R. D. Obesidade: urge fazer avançar políticas públicas para sua prevenção e controle. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 7, p. e00100017, 2017.
- DA SILVA, H. R.; DOS SANTOS NASCIMENTO, F. R.; DOS SANTOS, S. L.; LUSTOSA, M. J. L.; DE MELO, J. C. L. C.; PORTELA, C. L.; ... & NETO, J. C. P. A importância da prática de atividades físicas em uma alimentação saudável na profilaxia de um câncer. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 4, p. e68942868-e68942868, 2020.
- DA SILVA, M. P.; JORGE, Z.; DOMINGUES, A.; NOBRE, E. L.; CHAMBEL, P.; DE CASTRO, J. J. Obesidade e qualidade de vida. **Acta Médica Portuguesa**, v. 19, n. 3, p. 247-9, 2006.
- DE JESUS PEREIRA, L.; OLIVEIRA, A. C.; DA SILVA, L. P.; DE MENDONÇA, C. M. C. Teletrabalho e qualidade de vida: estudo de caso do poder judiciário em um estado do Norte do Brasil. **Revista Gestão e Desenvolvimento**, v. 18, n. 1, p. 222-245, 2021.
- DE SOUZA, L. E. Saúde pública ou saúde coletiva. *Rev Espaço Saúde*, v. 15, n. 4, p. 7-21, 2014.
- DIAS, P. C., HENRIQUES, P., ANJOS, L. A. D., & BURLANDY, L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, e00006016, 2017.
- FERREIRA, A. P. de S.; SZWARCOWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 22, 2019.
- FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza, Universidade Estadual do Ceará, p.7, 2002.
- HENRIQUES, P.; O'DWYER, G.; DIAS, P. C.; BARBOSA, R. M. S.; & BURLANDY, L. Políticas de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional: desafios para o controle da obesidade infantil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 4143-4152, 2018.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Posicionamento do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva acerca do sobrepeso e da obesidade, 2017. Recuperado de [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/posicionamento\\_inca\\_sobrepeso\\_obesidade\\_2017.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/posicionamento_inca_sobrepeso_obesidade_2017.pdf)
- JONAS, A. O aumento da obesidade em crianças e adolescentes e seus principais fatores determinantes. **Faculdade de Ciências da Saúde–FAEF. Psicologia. PT–O Portal dos Psicólogos**, p. 1-9, 2018.
- JUNGES, J. R.; BARBIANI, R.; ZOBOLI, E. L. C. P. Planejamento Estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 265-274, 2015.
- KLEBA, M. E.; KRAUSER, I. M.; VENDRUSCOLO, C. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 20, p. 184-193, 2011.

LIMA, F. A.; LIMA, S. C. Construindo cidades saudáveis: a instrumentalização de políticas públicas intersectoriais de saúde a partir do Planejamento Estratégico Situacional. **Saúde e Sociedade**, v. 29, 2020.

LIMA, P. D. M.; OLIVO, F.; FURLAN, M. B.; JUSTI JUNIOR, J.; PAULO, P. L. Análise de custos do planejamento estratégico do sistema integrado de resíduos sólidos urbanos em Campo Grande/MS. **Engenharia Sanitária e Ambiental**, v. 27, p. 749-759, 2022.

MARTINS, A. P. B. É preciso tratar a obesidade como um problema de saúde pública. **Revista de Administração de Empresas**, v. 58, pp. 337-341, 2018.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Apud: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 212 p.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.

Ministério da Saúde. Portaria n. 710, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante. Diário Oficial da União 1999; 11 jun.

MONTEIRO, C. M.; & LOUZADA, M. L. da C. Ultraprocessamento de alimentos e doenças crônicas não transmissíveis: Implicações para políticas públicas. In. R. P. Nogueira, J. P. de Santana, V. de A. Rodrigues, & Z. do V. O. Ramos, Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas: Estudos e análises (Vol. 2, pp. 167-180). Brasília, DF: UnB/ ObservaRH/ Nesp – Fiocruz/Nethis, 2015.

Organização Mundial da Saúde. (2023, Janeiro 29). Obesity and overweight fact sheet. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.

PAULO, L. F. A. Planejamento estratégico e gestão por resultados: o caso do Ministério da Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 981-1007, 2016.

PEDRO, L. G. **Desenvolvimento de uma ferramenta para a otimização do registo de saúde eletrônico na abordagem multidisciplinar no tratamento da obesidade**. 2020. Tese de Doutorado. Instituto Politécnico do Porto (Portugal).

RAUEN, F. Roteiros de iniciação científica: os primeiros passos da pesquisa científica desde a concepção até a produção e a apresentação. Tubarão: Unisul, p. 157-159, 2015. Acesso em 10 de abril de 2020.

SILVA, M. V. da; ANDRADE, L. G. de. A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO COMBATE DA OBESIDADE EM PACIENTES ADULTOS. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 4, p. 1922-9131, 2023.

TELES, I. D. F.; COSTA, M. T. G.; CÂNDIDO, J. A. B.; PEREIRA, A. P. M.; ALVES, A. G. P.; DE ALMEIDA IRISMAR, M. Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 8, n. 1, p. 27-38, 2020.

TIMO, A. M. T.; Meneghetti, A. J. P.; BARBOSA, G. P.; BARROS, M. M.; SOUZA, V. R.; ANDRADE, F. I.; TRÊS, A. B. Uso de semaglutina no tratamento da obesidade. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 3, p. 10430-10440, 2022.

WEISS R; DZIURA J; BURGERT T. S; TAMBORLANE W. V; TAKSALI S. E; YECKEL C. W; *et al*. Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. **N Engl J Med**, v. 350, n. 23, p. 2362-74, 2004.

## CAPÍTULO 8

# RETOMADA DAS AÇÕES PARA PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL, DESARTICULADAS PELA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-COV-2), NO ÂMBITO DO TERRITÓRIO ATENDIDO PELA EQUIPE PSF JOSÉ PINTO DA PAIXÃO I, NA CIDADE DE PONTE NOVA, MINAS GERAIS

*Data de aceite: 02/05/2024*

### **Gilmar da Silva Aleixo**

Universidade de Brasília – UnB  
Ponte Nova-MG  
<http://lattes.cnpq.br/6233484974555472>

### **André Ribeiro da Silva**

Universidade de Brasília – UnB  
<http://lattes.cnpq.br/5028921287123224>

**RESUMO:** Diante do cenário de pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), instaurado em 2019 e das medidas (extremamente necessárias) de enfrentamento do mesmo, as ações de prevenção e promoção de controle da Hipertensão Arterial (HA) foram fortemente desarticuladas. De modo que, há 3 anos o serviço atendeu, basicamente, às demandas pontuais de seus assistidos, não realizando outras atividades. Cabe ressaltar que HA é o principal fator de risco modificável com associação independente, linear e contínua para doenças cardiovasculares (DCV), doença renal crônica (DRC) e morte prematura. Assim, diante da percepção da equipe e após confirmação do problema (por meio da Matriz TUC) foi estabelecida a retomada ações para prevenção e assistência às pessoas com Hipertensão Arterial, no âmbito do território atendido

pela equipe PSF José Pinto da Paixão I, na cidade de Ponte Nova, Minas Gerais. Essa retomada (iniciada em 15 de junho de 2023) acontece por meio seis ações: educação dos pacientes; reestabelecimento das consultas de rotina; renovação das receitas apenas nas consultas; mapeamento e busca ativa dos usuários com ha; controle do número de consultas anuais; e aferição pressórica periódica e a realização de exames de rotina com foco na prevenção, identificação e/ou tratamento de outras comorbidades agravantes do estado de saúde. À medida que avança, o projeto tem retomado o hábito de consulta de rotinas dos pacientes, eliminado a “renovação automática” de receitas e fomentado o melhor controle dos valores da pressão arterial e à maior participação dos pacientes no tratamento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipertensão Arterial; Atenção Primária à Saúde; Coronavírus; Educação em Saúde

# RESUMPTION OF ACTIONS FOR PREVENTION AND ASSISTANCE TO PEOPLE WITH HYPERTENSION, DISARTICULATED BY THE NEW CORONAVIRUS PANDEMIC (SARS-COV-2), WITHIN THE SCOPE OF THE TERRITORY SERVICED BY THE PSF JOSÉ PINTO DA PAIXÃO I TEAM, IN THE CITY OF PONTE NOVA, MINAS GERAIS

**ABSTRACT:** Faced with the pandemic scenario of the new coronavirus (SARS-CoV-2), introduced in 2019 and the (extremely necessary) measures to cope with it, actions to prevent and promote the control of Hypertension (AH) were strongly disjointed. So, 3 years ago, the service basically met the specific demands of its beneficiaries, not carrying out other activities. It should be noted that AH is the main modifiable risk factor with an independent, linear and continuous association with cardiovascular disease (CVD), chronic kidney disease (CKD) and premature death. Thus, in view of the team's perception and after confirming the problem (through the TUC Matrix), actions were resumed for the prevention and assistance of people with Hypertension, within the scope of the territory served by the José Pinto da Paixão I PSF team, in the city of Ponte Nova, Minas Gerais. This resumption (started on June 15, 2023) takes place through six actions: patient education; reestablishment of routine appointments; renewal of prescriptions only in consultations; mapping and active search of users with ha; control of the number of annual appointments; and periodic blood pressure measurement and routine examinations focused on the prevention, identification and/or treatment of other aggravating comorbidities of the health status. As the project progresses, it has resumed the habit of consulting patients' routines, eliminating the "automatic renewal" of prescriptions and encouraging better control of blood pressure values and greater patient participation in treatment.

**KEYWORDS:** Arterial Hypertension; Primary Health Care; Coronavirus; Health Education

## INTRODUÇÃO

Este é um trabalho de conclusão de curso da especialização (lato sensu) em Saúde da Família, ofertada pela Universidade de Brasília (UNB) e pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), e visa o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS).

O presente trabalho foi motivado pela percepção da equipe PSF José Pinto da Paixão I, da Estratégia de Saúde da Família, da desarticulação das medidas de prevenção e promoção de controle da Hipertensão Arterial (HA), na área de abrangência do dispositivo, ocasionada em função da pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2) (OMS, 2020). De modo que, há 3 anos o serviço atende, basicamente, às demandas pontuais de seus assistidos, não realizando outras atividades, tendo uma média apenas 10% dos usuários com HA, sido atendidos no último semestre, conforme controle interno.

A unidade básica está localizada no bairro São Pedro, município de Ponte Nova/MG, e abrange dois bairros (Cidade Nova e Palmeirense), bairros periféricos e socioeconomicamente vulneráveis. De modo que, a Atenção Primária à Saúde, como em todo o país, é dispositivo essencial para a qualidade de vida da população.

Cabe pontuar que a unidade não possui uma equipe multidisciplinar exclusiva, contando com profissionais (uma vez por semana) disponibilizados pela prefeitura, são eles: farmacêutica, musicoterapeuta, educadora física (psicóloga, nutricionista e fisioterapeuta.

Dados da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, via Painéis de Indicadores - Atenção Primária à Saúde - SISAPS (BRASIL, 2022) apontam que, em 12/2020, o município contava com 13 equipes de Saúde da família vinculadas a uma Equipe da Estratégia Saúde da Família, 2 equipes na Atenção Básica Tradicional (ESF equivalentes - equipes com carga horária de cirurgião dentistas a partir de 40 h) e 1 equipes em função da adesão ao PMAQ (ESF parametrizadas). A estimativa da população coberta pelas equipes de Saúde da família na Atenção Básica (AB) era de 53.850 pessoas. Desse total, a estimativa de cobertura da população por equipes de Saúde da família vinculadas às Equipes de Saúde da Família (ESF) era de 44.850 pessoas.

O município do território escolhido possui como principais doenças e agravos (BRASIL, 2022) (em ordem decrescente) causadores de internações: doenças do aparelho circulatório; doenças do aparelho respiratório; causa externas; doenças do aparelho geniturinário; doenças do aparelho digestivo; doenças infecciosas e parasitárias; neoplasias (tumores); doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; e outras, conforme aponta o Tabnet - DATASUS. Sendo, ainda segundo o Tabnet - DATASUS, as doenças do aparelho circulatório a principal causa de mortalidade, correspondendo à 33,8% dos óbitos totais.

No âmbito do território da unidade a equipe identificou como principais doenças ou agravos:

1. Hipertensão arterial -pressão arterialelevada, que pode levar a doenças cardiovasculares.
2. Diabetes -uma condição que afeta a capacidade do corpo de processar açúcar no sangue.
3. Depressão e ansiedade (Saúde Mental) -distúrbios de saúde mental que podem afetar o humor, o comportamento e o bem-estar emocional.
4. Doenças ocupacionais –principalmente, doença osteomuscular relacionada ao trabalho (DORT).
5. Infecções sexualmente transmissíveis IST's -infecções que são transmitidas através do contato sexual.
6. Infecções urinárias -infecções que afetam osistema urinário 7. Infecções respiratórias -como pneumonia, bronquite e sinusite.
8. Artrite -uma condição que afeta as articulações e pode causar dor, inchaço e rigidez.
9. Gastrite e úlcera -inflamação do estômago que pode causar dor abdominal e azia.
10. Asma -uma doença inflamatória das vias respiratórias que pode causar dificuldade para respirar.

Quadro 2 – Os 10 principais problemas de saúde no território de atuação  
(Autoria própria, 2023).

Após isso, selecionou-se problema prioritário utilizando a Matriz TUC, onde “T” refere-se à transcendência dos problemas para gestores e técnicos da organização, para as forças sociais que o apoiam e para a população; a letra “U” informa a urgência dos problemas e implicações da postergação do enfrentamento, desse problema; e, por fim, o “C” representa a capacidade de enfrentamento dos problemas e possibilidade de obter efeitos de impacto dentro do horizonte de tempo do plano.

Problema	Critérios de 1 a 3			Total T x U x C
	T	U	C	
Hipertensão	3	3	3	27
Diabetes	3	3	3	27
Saúde Mental	3	3	2	18
IST's	3	3	2	18
DORT	2	3	2	12
Infecções Respiratórias	2	2	3	12
Asma	2	2	2	8
Gastrite/úlcera	1	2	2	4
Infecções Urinárias	1	2	2	4
Artrite	1	2	1	2

Quadro 3 – Matriz TUC com resultados, em ordem decrescente, dos problemas (Autoria própria, 2023).

Embora HA e Diabetes tenham totalizado o mesmo valor (27), diante do número maior de pacientes com HA, optou-se por atuar no enfrentamento dessa morbidade. Assim, este projeto objetiva a construção de um plano de ação coerente, conforme critérios epidemiológicos, éticos, econômicos e sociais, de modo a atender à responsabilidade sanitária da Estratégia Saúde da Família é de suma importância a reestruturação da prevenção e promoção de saúde às pessoas com HA.

## OBJETIVO GERAL

Retomar ações para prevenção e assistência às pessoas com Hipertensão Arterial, desarticuladas pela pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), no âmbito do território atendido pela equipe PSF José Pinto da Paixão I, na cidade de Ponte Nova, Minas Gerais.

## Objetivos Específicos

- Educação dos pacientes, que eles possuam um conhecimento mais amplo e possam, assim, aumentar sua adesão ao tratamento.
- Melhoraria dos hábitos de vida dos pacientes.
- Retorno do hábito de consultas pelos usuários,
- Fortalecimento de vínculo entre usuários e equipe.
- Melhoria do acompanhamento da pressão arterial.
- Adequação das receitas às particularidades de cada paciente.
- Controle dos valores da pressão arterial.
- Maior participação dos pacientes no tratamento.

## JUSTIFICATIVA

Barroso et al. (2021) apontam que a HA é o principal fator de risco modificável com associação independente, linear e contínua para doenças cardiovasculares (DCV), doença renal crônica (DRC) e morte prematura. Bem como, apresenta impacto significativo nas despesas médicas e custos socioeconômicos, decorrentes, principalmente, das complicações nos órgãos-alvo, fatais e não fatais.

Rosa et al. (2022), em sua revisão integrada, apontam que diversas foram as questões e/ou obstáculos identificados em relação ao acesso de indivíduos hipertensos aos cuidados primários de saúde durante a pandemia. Entre os mais relevantes, destaca-se a dificuldade de acesso a consultas presenciais, acompanhamento e monitoramento da pressão arterial, além da desregulação da administração e distribuição de medicamentos. Ademais, outros fatores que também impactam a saúde desses pacientes, como o bem-estar, a alimentação, os cuidados psicológicos e as atividades físicas e mentais, foram prejudicados pelas medidas de isolamento social impostas pela pandemia, os quais influenciam diretamente na regulação da pressão arterial. Fatores estes, corroborados pela equipe, que destaca que, na sua percepção, essas barreiras ainda perdurarão por anos:

Fatores apontados pela equipe:

- Pouco conhecimento dos pacientes sobre a doença e seu impacto;
- Suspensão das Consultas de Rotina;
- Renovação automática das receitas;
- Isolamento social;
- Suspensão dos Grupos;
- Falta de medicamentos;
- Aumento do estresse;
- Aumento da pobreza;
- Insegurança alimentar (aumento do consumo de ultraprocessados).

Quadro 4 – Fatores identificados no território que influenciaram o cuidado com a HA  
(Autoria própria, 2023).

Abaixo, foi estabelecida a rede causal do problema solucionado:

<b>Determinantes do meio social e econômico</b>	<b>Problema:</b> Desarticulação das ações de prevenção e controle da Hipertensão Arterial	<b>Determinantes relacionados ao trabalho da Equipe na ABS/APS</b>
Causa: Baixa escolaridade		Causa: Ausência de Agendamento
Causa: Disponibilidade de tempo		Causa: Ausência de Grupos
Causa: Baixa renda familiar	<b>Descritor1:</b> Apenas 10% com consultas semestrais de HA em dia	Causa: Renovação automática de receitas
Determinantes culturais e comportamentais		Determinantes relativos ao acesso e qualidade do SUS
Causa: Pouco conhecimento sobre a doença e seus impactos	<b>Descritor2:</b> 3 anos sem ações de prevenção e acompanhamento da HA	Causa: Superlotação
Causa: Acomodação em função da renovação automática		Causa: Pouca divulgação da importância de controle da HA ,nos últimos anos.
Causa: Medo de outras comorbidades		Causa: Falta de apoio à Equipes Multiprofissionais

Quadro 5 - Determinação causal do problema selecionado  
(Autoria própria, 2023).

Essa falta de assistência já traz suas repercussões, como apontado por Normando et al. (2021), em seu trabalho que apontou que na pandemia (já nos meses iniciais) houve um declínio do número de internações, contudo houve aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares, principalmente naquelas em que o controle da HA é fator determinante.

Ainda assim, e mesmo fora do cenário de pandemia, “seu controle em todo o mundo é pífio, porque se trata de doença frequentemente assintomática, o que dificulta a adesão aos cuidados” (BARROSO et al. 2021. p. 530). Eles ainda pontuam, nas “Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020”, que a prevenção continua a ser a melhor opção em termos de custo-benefício e que abordagem adequada dos fatores de risco para o desenvolvimento da HA e ações efetivas de seu acompanhamento e tratamento devem ser o grande foco do SUS (BARROSO et al. 2021). Diante disso, a APS, enquanto coordenadora do cuidado e ordenadora da rede (BRASIL,2017) tem papel central, sendo propositiva e resiliente no enfrentamento dos diversos (e complexos) problemas que a cercam, como o evidenciado nesse trabalho.

## REFERENCIAL TEÓRICO

Silva et al. (2006) apontam que a educação em saúde, associada ao autocontrole dos níveis de pressão, à atividade física e à dieta alimentar, é importante instrumento para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices de pacientes hipertensos.

Barroso et al. (2021) destacam que os principais fatores de risco para a HA são:

- Genética.
- Idade.
- Sexo.
- Etnia
- Ingestão de Sódio e Potássio
- Sedentarismo
- Álcool
- Fatores Socioeconômicos

De modo que, a APS tem papel fundamental e deve atuar no que diz respeito a metade dos fatores enunciados.

“Em 2017, ocorreu um total de 1.312.663 óbitos, com um percentual de 27,3% para as DCV” (BARROSO et al., 2021), assim, doenças representaram 22,6% das mortes prematuras no Brasil (pessoas entre 30 e 69 anos). No período entre 2008 a 2017, foram estimadas 667.184 mortes atribuídas a HA no Brasil (BARROSO et al., 2021).

Como mensagens principais as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020 destacam:

Os números que definem a hipertensão arterial são arbitrários, mas se caracterizam como valores em que os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ou medicamentoso) superam os riscos.

A HA é uma condição multifatorial (genética, meio ambiente, hábitos de vida e fatores socioeconômicos).

A HA é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares e renais.

A HA tem alta prevalência, é de fácil diagnóstico e possui tratamento adequado, mas é de difícil controle pela baixa adesão.

A prevenção da HA é custo-efetiva e o melhor caminho para a diminuição da morbimortalidade cardiovascular (BARROSO et al., 2021. p. 232)

De acordo com Alves (2004), no âmbito da APS, as ações preventivas e de promoção à saúde são tão relevantes quanto as ações curativas. Desse modo, as atividades de educação em saúde são consideradas parte das atribuições de todos os profissionais envolvidos.

Em sua experiência na APS, Chaves (2016) concluiu que com a criação do grupo hiperdia notou-se uma ampliação do vínculo de confiança entre a equipe de saúde e a população local. O grupo possibilitou a troca de vivência e saberes, o que foi muito importante para guiar as decisões terapêuticas, bem como, os pacientes estiveram mais envolvidos nas decisões de saúde individual e do grupo e puderam dividir suas dúvidas, seus medos e adquirir mais conhecimento sobre suas doenças o que levou a uma reflexão sobre o que cada um pode fazer para evitar complicações (CHAVES, 2019).

## MÉTODOS

Para a reestruturação planejada, é imperioso a construção de um plano de ação que englobe toda equipe e que seja viável diante das particularidades do território. Inicialmente foram realizadas reuniões multiprofissionais com a equipe para definição do cenário, coleta de sugestões e definição de estratégias primárias. Também foram realizadas reuniões com usuários (com participação de equipe) para aprimoração da estratégia inicial.

Dentre as estratégias, estão previstos o mapeamento e busca ativa dos usuários com HA, o controle do número de consultas anuais, a aferição pressórica periódica e a realização de exames de rotina com foco na prevenção, identificação e/ou tratamento de outras comorbidades agravantes do estado de saúde. Também serão realizadas atividades em grupo e ampliação de atendimento em dias pré-determinados pela equipe para atendimento dos trabalhadores e trabalhadoras com HA.

Foi conduzida uma avaliação da situação na unidade com o objetivo de identificar os principais problemas enfrentados no que diz respeito às medidas de acompanhamento e controle da HA, e que poderiam ser alvo de intervenção de forma mais eficiente.

Os nós críticos identificados relacionados ao problema são:

- Pouco conhecimento dos pacientes sobre a doença e seu impacto;
- Suspensão das Consultas de Rotina;
- Renovação automática das receitas.

Depois de identificar o problema, ocorreram duas reuniões para elaborar planos de ação. Após definir o projeto das ações, foi decidido que as reuniões seriam realizadas a cada duas semanas, com o objetivo de discutir as deficiências, sugerir melhorias e avaliar os resultados das ações implementadas.

Foi sugerida a reativação do “Grupo Hiperdia” como uma forma de sensibilizar e apoiar os pacientes hipertensos. Para que esses encontros sejam eficazes, é necessário que haja a participação de vários profissionais de saúde trabalhando em conjunto, discutindo e colaborando com os pacientes para propor intervenções práticas que possam ser adotadas para melhorar a adesão ao tratamento e pensar em estratégias para mudanças de hábitos de vida. Esses encontros ocorrerão quinzenalmente, e agregarão também paciente com Diabetes Mellitos.

A tabela a seguir descreve ações para cada um dos nós críticos identificados. Três operações foram definidas e, portanto, os resultados esperados, os produtos obtidos e os recursos necessários para executar essas ações estão descritos abaixo.

<b>Problema:</b> Desarticulação ações para prevenção e assistência às pessoas com Hipertensão Arterial.				
<b>Objetivo:</b> Retomada das ações para prevenção e assistência às pessoas com Hipertensão Arterial, desarticuladas pela pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), no âmbito do território atendido pela equipe PSF José Pinto da Paixão I, na cidade de Ponte Nova, Minas Gerais.				
<b>Meta de resultado:</b> Que os pacientes possuam um conhecimento mais amplo e possam, assim, aumentar sua adesão aos medicamentos e melhorar seus hábitos de vida. Por meio do retorno do hábito de consultas pelos usuários, fortalecimento de vínculo, melhor acompanhamento da pressão arterial e adequação das receitas às particularidades de cada paciente. Focando no controle dos valores da pressão arterial e à maior participação dos pacientes no tratamento.				
<b>Ações do tipo Beta</b>	<b>Meta de Produto</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Início-Fim</b>
Educação dos Pacientes	Os pacientes possuem o conhecimento necessário para escolher aderir e seguir o tratamento adequado.	Equipe Multidisciplinar (Farmacêutica, ACS's, Enfermeira, Médico, Técnicos de Enfermagem, Educador Físico, Nutricionista, Psicólogo e Fisioterapeuta)	Anual	15/06/2023 a 15/06/2024
Reestabelecimento das consultas de rotina.	Acompanhamento da efetividade do tratamento. (Agendamento)	ACS's, Enfermeira e Médico.	Anual	15/06/2023 a 15/06/2024
Renovação das receitas apenas nas consultas.	Controle das Prescrições.	Enfermeira e Médico.	Anual	15/06/2023 a 15/06/2024
Mapeamento e busca ativa dos usuários com HA	Identificação dos Usuários com HA.	ACS's	Anual	15/06/2023 a 15/06/2024
Controle do número de consultas anuais.	Diminuição do tempo entre consultas.	Enfermeira	Anual	15/06/2023 a 15/06/2024
Aferição pressórica periódica e a realização de exames de rotina com foco na prevenção, identificação e/ou tratamento de outras comorbidades agravantes do estado de saúde.	Controle pressórico e identificação de comorbidades.	Técnicos de Enfermagem, Enfermeira e Médico.	Anual	15/06/2023 a 15/06/2024

Quadro 5 - Ações do tipo BETA – Enfrentando o problema

(Autoria própria, 2023).

Foi estipulado o início das intervenções para 15 junho de 2023, pelo fato de, no primeiro semestre, o município ter vivenciado um quadro grave de endemia de dengue. Outro fato que contribui para o alongamento do prazo é o quadro vago de outros três profissionais na unidade, fazendo com que o médico atual tenha que atender quatro territórios.

## DISCUSSÃO

O projeto teve suas atividades iniciadas na data prevista, com a participação da população local e de diversos profissionais. Nesses primeiros 60 dias de reestruturação, a equipe notou o quanto a existência de ações educação em Saúde, sobretudo em grupo, reforçam o vínculo entre usuários e a unidade. No grupo, os usuários tem participado ativamente, muitas vezes elucidando dúvidas de outros usuários e contribuindo com sua experiência. Os pacientes com diabetes (muitos deles hipertensos, mas não todos) têm participado do grupo, o que tem enriquecido todo o processo.

Diversos profissionais (educadora física, nutricionista, psicóloga, farmacêutica e fisioterapeuta) da equipe multidisciplinar da prefeitura têm participado do grupo, suas contribuições. Concomitantemente, foi iniciado um grupo de práticas corporais orientado pela educadora física e pela fisioterapeuta, utilizando o salão paroquial da igreja do bairro. Devido à crescente demanda, a ação que era semanal foi ampliada, atendendo a comunidade, agora, em dois horários.

À medida que avança o projeto tem retomado o hábito de consulta de rotinas dos pacientes, eliminado a “renovação automática” de receitas. Inicialmente houve questionamentos por parte de alguns usuários sobre o porquê de ter que ir à consulta pra renovar receita (reflexo da cultura que havia se estabelecido), mas com as orientações, muitos deles entenderam e até passaram a explicar a outros usuários a importância do acompanhamento na UAPS.

Durante o grupo é realizada, além da consulta e monitoramento dos sinais vitais, uma roda de conversa e minipalestras com orientações. Nesse espaço, foi percebido que a maioria dos usuários tinha dúvidas sobre as medicações utilizadas e muitos usavam medicamentos de forma inadequada (dose e horário, principalmente), o que afetava de forma importante os controles pressóricos e glicêmicos.

Após a roda de conversa, é realizada a consulta com o médico, na qual tem sido um momento de orientações particulares (de acordo com cada sujeito e suas demandas), bem como a realização de exames com foco na prevenção, identificação e/ou tratamento de outras comorbidades agravantes do estado de saúde.

Diante do limitado espaço físico da unidade, os grupos têm tido a participação semanal de 10 usuários, com uma taxa de presença de 90%. Os bons resultados do grupo também se devem ao trabalho de mapeamento e busca ativa dos usuários pelas ACS, que desde o primeiro momento se mostraram comprometidas com o projeto. Como a demanda pelo grupo tem aumentado (já existindo fila de espera), na reunião mensal (última semana de agosto) serão discutidas estratégias para ampliação da oferta de cuidado.

Após divulgação do grupo em redes sociais, coordenadores de outras unidades de atenção primária à saúde (UAPS) do município têm entrado em contato para replicação do projeto, uma vez que também foram duramente afetadas pela pandemia de Covid-19.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A APS enfrenta diversos desafios e têm de se reinventar continuamente. Como ordenadora do cuidado, ela tem papel central em resolver as mais diversas questões, como a sua própria desestruturação, fato motivador desse trabalho.

Além da confecção e implantação desse projeto, as reuniões realizadas pela equipe serviram como forma de aproximação dos profissionais e resgate de uma APS que foi fortemente impactada pela Covid-19, e agora se reestrutura. A participação dos ACSs ainda é tímida, estando à frente principalmente do chamamento dos usuários, mas a intenção é que se expanda e que eles, também, sejam ministradores das orientações.

No decorrer dos encontros, um momento muito valioso é a roda de conversa, principalmente, quando os usuários conversam entre si, falando de suas experiências, dando dicas, criando vínculos e até combinando caminhadas, por exemplo.

Espaços físicos limitados, profissionais pouco valorizados, usuários desinformados e resistentes e equipe multidisciplinar reduzida têm se apresentado como grandes desafios. Contudo os resultados que já e apresentam (fortalecimento de vínculo, melhor acompanhamento da pressão arterial e dos níveis de glicemia) têm servido de estímulo para ampliação desse projeto e construção de outras estratégias para levar ao usuário uma saúde, verdadeiramente, equânime, integral e universal.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial, **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.39-52, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icsae/a/YSHbGggsRTMQFjXlGdVRYKb/?lang=pt>. Acesso em 22 de julho de 2023.

BARROSO, Weimar Kunz Sebba; RODRIGUES, Cibele Isaac Saad; BORTOLOTTI, Luiz Aparecido; MOTA-GOMES, Marco Antônio; BRANDÃO, Andréa Araujo; FEITOSA, Audes Diógenes de Magalhães; MACHADO, Carlos Alberto; POLI-DE-FIGUEIREDO, Carlos Eduardo; AMODEO, Celso; MION JÚNIOR, Décio; BARBOSA, Eduardo Costa Duarte; NOBRE, Fernando; GUIMARÃES, Isabel Cristina Britto; VILELA-MARTIN, José Fernando; YUGAR-TOLEDO, Juan Carlos; MAGALHÃES, Maria Eliane Campos; NEVES, Mário Fritsch Toros; JARDIM, Paulo César Brandão Veiga; MIRANDA, Roberto Dischinger; PÓVOA, Rui Manuel dos Santos; FUCHS, Sandra C; ALESSI, Alexandre; LUCENA, Alexandre Jorge Gomes de; AVEZUM, Alvaro; SOUSA, Ana Luiza Lima; PIO-ABREU, Andrea; SPOSITO, Andrei Carvalho; PIERIN, Angela Maria Geraldo; PAIVA, Annelise Machado Gomes de; SPINELLI, Antonio Carlos de Souza; NOGUEIRA, Armando da Rocha; DINAMARCO, Nelson; EIBEL, Bruna; FORJAZ, Cláudia Lúcia de Moraes; ZANINI, Claudia Regina de Oliveira; SOUZA, Cristiane Bueno de; SOUZA, Dilma do Socorro Moraes de; NILSON, Eduardo Augusto Fernandes; COSTA, Elisa Franco de Assis; FREITAS, Elizabete Viana de; DUARTE, Elizabeth da Rosa; MUXFELDT, Elizabeth Silaid; LIMA JÚNIOR, Emilton; CAMPANA, Erika Maria Gonçalves; CESARINO, Evandro José; MARQUES, Fabiana; ARGENTA, Fábio; CONSOLIM-COLOMBO, Fernanda Marciano; BAPTISTA, Fernanda Spadotto; ALMEIDA, Fernando Antonio de; BORELLI, Flávio Antonio de Oliveira; FUCHS, Flávio Danni; PLAVNIK, Frida Liane; SALLES, Gil Fernando; FEITOSA, Gilson Soares; SILVA, Giovania Vieira da; GUERRA, Grazia Maria; MORENO JÚNIOR, Heitor; FINIMUNDI, Helius Carlos; BACK, Isabela de Carlos; OLIVEIRA FILHO, João Bosco de; GEMELLI, João Roberto; MILL, José Geraldo; RIBEIRO, José Marcio; LOTAIF, Leda A. Daud; COSTA, Lilian Soares da; MAGALHÃES, Lucélia Batista Neves Cunha; DRAGER, Luciano Ferreira; MARTIN, Luis Cuadrado; SCALA, Luiz César Nazário; ALMEIDA, Madson Q.; GOWDAK, Marcia Maria Godoy; KLEIN, Marcia Regina Simas Torres; MALACHIAS, Marcus Vinícius Bolívar; KUSCHNIR, Maria Cristina Caetano; PINHEIRO, Maria Eliete; BORBA, Mario Henrique Elesbão de; MOREIRA FILHO, Osni; PASSARELLI JÚNIOR, Oswaldo; COELHO, Otavio Rizzi; VITORINO, Priscila Valverde de Oliveira; RIBEIRO JUNIOR, Renault Mattos; ESPORCATTE, Roberto; FRANCO, Roberto; PEDROSA, Rodrigo; MULINARI, Rogério Andrade; PAULA, Rogério Baumgratz de; OKAWA, Rogério Toshiro Passos; ROSA, Ronaldo Fernandes; AMARAL, Sandra Lia do; FERREIRA-FILHO, Sebastião R.; KAISER, Sergio Emanuel; JARDIM, Thiago de Souza Veiga; GUIMARÃES, Vanildo; KOCH, Vera H.; OIGMAN, Wille; NADRUZ, Wilson. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020**. Arq. Bras. Cardiol., v. 116, n. 3, p. 516-658, mar. 2021. Disponível em: [https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x55156.pdf](https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x55156.pdf) . acesso em 28 de janeiro de 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em 08 de julho de 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Painéis de Indicadores - Atenção Primária à Saúde**. 2022 Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia> acesso em 28 de janeiro de 2022.

BRASIL. **Ministério da Saúde. TABNET – DATASUS**. Disponível em: [ftp://ftp.datasus.gov.br/caderno/geral/mg/MG\\_Ponte\\_Nova\\_Geral.xls](ftp://ftp.datasus.gov.br/caderno/geral/mg/MG_Ponte_Nova_Geral.xls) acesso em 28 de janeiro de 2022.

CHAVES, A. P. M., **Abordagem em grupo de pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus na unidade básica de saúde da família de São Sebastião em Campos dos Goytacazes – RJ.** Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família, a Universidade Aberta do SUS. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), 2016

OMS. **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia.** 11 de março de 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>. acesso em 28 de janeiro de 2022.

NORMANDO, Paulo Garcia; ARAUJO-FILHO, José de Arimatéia; FONSECA, Gabriela de Alcântara; RODRIGUES, Rodrigo Elton Ferreira; OLIVEIRA, Victor Agripino; HAJJAR, Ludhmila Abrahão; ALMEIDA, André Luiz Cerqueira; BOCCHI, Edimar Alcides; SALEMI, Vera Maria Cury; MELO, Marcelo. Redução na Hospitalização e Aumento na Mortalidade por Doenças Cardiovasculares durante a Pandemia da COVID-19 no Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 116, n. 3, p. 371-380, fev. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/YNHQRxqZLCMZVYt7qyPcxSF/>Acesso em: 01 abr. 2023.

ROSA, Marinete Mendes et al. Desafios de hipertensos no acesso à atenção primária durante a pandemia de COVID-19: uma revisão integrada. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, e16911931576, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31576>. Acesso em: 01 de abril de 2023.

SILVA, T. R., FELDMAM, C., LIMA, M. H. A., NOBRE, M. R. C., DOMINGUES, R. Z. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade**, 15(3), 180-189, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/v15n3/15.pdf>. Acesso em: 07 de julho de 2023.

# SINDROMES DISPÉPTICAS NO TERRITÓRIO DA MISERICÓRDIA, LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE ITAPARICA - BA: PLANEJAR PARA ATUAR

*Data de aceite: 02/05/2024*

### **Cauã Lisboa Fernandes Santos**

Universidade de Brasília  
Itapiraca-BA  
<http://lattes.cnpq.br/6996207832118228>

### **Márcia Heller Hias**

Universidade de Brasília  
Brasília-DF  
<http://lattes.cnpq.br/3496817267762992>

**RESUMO:** O presente trabalho é um projeto de intervenção que visa ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos, no território da Misericórdia em Itaparica-Ba. Através da análise do somatório de fichas de cadastro domiciliar, individual, de visita domiciliar, bem como reuniões em equipe, foram selecionados os principais problemas do território. Destes problemas, através da matriz TUC, foram identificados os três problemas com maiores Scores: Grande número de Pacientes Hipertensos, Diabéticos e portadores de Síndromes Dispépticas. Este último ficou mais relevante, por tratar-se de assunto pouco abordado, em detrimento aos outros dois problemas. Dispepsia é um grupo heterogêneo de sintomas definido como sensação de dor epigástrica com duração de pelo menos um mês, tipicamente em queimação, que pode

estar associada a qualquer outro sintoma gastrointestinal superior. Foi criado um projeto de intervenção que visou promover a saúde e prevenir o aumento de sintomas dispépticos nos usuários, bem como identificar os principais fatores nutricionais e comportamentais que levam a ocorrência das Síndromes Dispépticas. Para que o plano de intervenção proposto venha a acontecer de forma efetiva, se faz necessário não só o esforço da equipe, como também da gestão e da própria população.

**PALAVRAS-CHAVE:** Síndrome dispéptica, Educação em Saúde, Planejamento Estratégico

### DYSPEPTIC SYNDROMES IN THE TERRITÓRIO DA MISERICÓRDIA, LOCATED IN THE MUNICIPALITY OF ITAPARICA - BA: PLAN TO ACT

**ABSTRACT:** The current work is an intervention project that aims to promote, protect and recover the health of individuals in the area of Misericórdia in Itaparica, BA. After individual and household visits as well as team meetings, we have concluded the three main problems of this area. By utilizing the TUC matrix, the highest scores were as follows: Large quantity of Hypertensive,

Diabetic and Dyspeptic Syndrome patients. The latter became more relevant because it is a subject that is little addressed to the detriment of the other two problems (não entendi essa parte). Dyspepsia is a heterogeneous group of symptoms defined as a sensation of epigastric pain lasting at least one month. Symptoms typically include burning sensations that may be associated with other upper gastrointestinal symptoms. An intervention project was created to promote health and prevent the increase of dyspeptic symptoms as well as identify the nutritional and behavioral contributing factors that lead to Dyspeptic Syndrome. For the proposed plan to be successful, it is necessary not only the effort of the team, but also of the management and population itself.

**KEYWORDS:** Dyspeptic Syndrome, Health Education, Strategic Planning

## INTRODUÇÃO

As Equipes de Saúde da Família desempenham forte papel estratégico na elaboração de políticas públicas, planejando e reestruturando ações em saúde. Segundo Tancredi JB, et al, (1998) o planejamento é a função que permite aperfeiçoar a atuação nos serviços ofertados, isto é, a eficiência e a eficácia dos serviços no desenvolvimento das suas funções finalísticas de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde (TANCREDI JB, et al., 1998).

A Estratégia de Saúde da Família tem como prioridade as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)

Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. As ações sobre esse espaço representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompa os muros das unidades de saúde e enraíze-se para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam. (BRASIL, 1997)

Haja vista a importância fundamental da Estratégia de Saúde da Família, para tomadas de decisões, o presente trabalho faz parte de um curso de especialização em saúde da família e tem como premissa o planejamento estratégico no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. O objetivo geral do trabalho é: A construção de um plano de ação coerente, conforme critérios epidemiológicos, éticos, econômicos e sociais, de modo a atender à responsabilidade sanitária da Estratégia Saúde da Família.

A Unidade de Saúde da Família da Misericórdia localiza-se no município de Itaparica/Ba e atende principalmente uma população que depende da atividade pesqueira e/ou trabalho autônomo, além disso, existem alguns sítios destinados a agricultura familiar. Possui aproximadamente 2000 usuários sob a sua responsabilidade e é composta por

uma equipe completa e com quatro agentes comunitários. A rede de apoio do município é bastante diversificada, com o Hospital Geral, Centro de Especialidades e CAPS. Os pacientes que necessitam de atendimento especializados, que a cidade não dispõe, são encaminhados via regulação para a cidade de Salvador/Ba ou Valença/Ba, nesta última se encontra a Policlínica Regional que serve de referência ao município de Itaparica/Ba.

A comunidade atendida é carente e com alto nível de dependência dos serviços ofertados pela rede SUS, a renda média é de apenas um salário mínimo, contrastando da realidade do centro do município. O Bairro fica à 8 km do centro da cidade em um terreno bem acidentado, com ruas ainda sem asfalto. A infraestrutura do Bairro é deficiente, sendo as principais ruas asfaltadas, e o restante sem pavimentação. Por vezes a chuva excessiva torna intransitáveis as ruas.

No bairro da misericórdia existem duas escolas municipais, mercearias, salões de beleza, igrejas, bares, oficinas de automóveis, uma associação de moradores, uma associação de pescadores, duas praças principais e dois campos de futebol.

Observa-se nesta comunidade um elevado número de usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Em reunião de equipe que serviu como base para este trabalho, ficou evidente que as maiores prevalências de comorbidades dos indivíduos que são tratados na USF Misericórdia são justamente essas duas. Através do Sistema Integrado de Saúde de Itaparica (SISweb), implementado na unidade em 30 de agosto de 2022, foram gerados relatórios de atendimentos onde pudemos analisar quais são os tipos de comorbidades mais prevalentes abordadas em cada consulta. Tal sistema utiliza informações originadas pelo SIAB/E-SUS.

A detecção dos agravos foi feita através do somatório das fichas de cadastro domiciliar, individual, de visita domiciliar. Desde 30 de agosto de 2022 até o dia 28 de fevereiro de 2022 foram realizadas 1448 consultas médicas. Dessas, tivemos: 320 (22,09%) consultas de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica; 126 (8,7%) consultas de pacientes portadores de Diabetes Mellitus; 88 (6,68%) consultas de pacientes com Síndromes Respiratórias; 38 (2,62%) consultas de pacientes portadores de Síndromes Dispépticas; 33 (2,2%) consultas com pacientes evidenciando Dores Osteomioarticulares; 21 (1,45%) consultas com pacientes portadores de Amigdalites Agudas; 12 (0,82%) consultas com pacientes apresentando Escabiose. É importante salientar que a obtenção do quantitativo de consultas dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica não levam em conta a idade do paciente. Vale destacar também que o sistema SISweb não divide os pacientes que possuem comumente comorbidades diferentes.

O planejamento em saúde se baseia em estratégias previamente pensadas com o objetivo de alcançar metas e desenvolver processos da melhor forma possível. O planejamento estratégico se torna uma diretriz importante para equipe de saúde. Segundo JUNGES et al, a atenção básica lida tanto com problemas que se referem ao estado de saúde dos indivíduos e da população adscrita, quanto com problemas que dizem respeito

ao funcionamento e acesso à rede de serviços de saúde e a outras instâncias intersetoriais. O planejamento de estratégias, tem caráter não somente resolutivo. Tem caráter de reconhecimento das demandas que fazem os indivíduos adoecerem. Estas são por vezes fruto da vulnerabilidade social atrelada a determinado território, os determinantes sociais. De uma maneira geral, a análise das condições de saúde da população visa: Compreender a evolução do quadro epidemiológico e identificar seus determinantes demográficos e socioambientais; Estabelecer uma hierarquia de fatores de risco e vulnerabilidades aos agravos considerados mais relevantes; Identificar os grupos/famílias mais vulneráveis aos agravos considerados mais relevantes e as situações de risco sanitário a serem priorizadas.

Tanto as respostas aos problemas-fim, referentes às condições de saúde, como as soluções aos problemas-meio, concernentes aos serviços necessários à saúde da população, necessitam de planejamento, porque o seu equacionamento significa criar as condições organizacionais e materiais para um diagnóstico individual e coletivo adequado (vigilância) e para uma proposta de cuidado clínico e sanitário integral (gestão). Portanto, o planejamento é a base para uma integração da atenção básica com a vigilância e para uma indissociabilidade dessa atenção com a gestão (JUNGES et al 2015).

O planejar resultará numa mudança do serviço, bem como da qualidade de vida dos indivíduos, familiares e comunidade atendidas na comunidade adscrita. Já que pode-se dizer que Planejamento é um método, uma técnica gerencial, um processo de trabalho ou uma prática social que procura “analisar e entender um sistema, avaliar suas capacidades, formular suas metas e objetivos, formular cursos de ação para atingir essas metas, avaliar a efetividade dessas ações (...) e estabelecer um monitoramento contínuo do sistema, a fim de atingir um nível ótimo de relacionamento entre o plano e o sistema” (LEEVEY e LOOMBA, 1973).

Como proposta a construção do plano de ação estão inseridas palestras e rodas de conversas realizadas na própria UBS, CAPS e equipamento sociais em saúde disponíveis. Ações pontuais serão necessárias também para que possamos extrair dados relevantes afim de sensibilizar a população sobre a importância do auto cuidado.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL**

Construir um plano de ação coerente, conforme critérios epidemiológicos, éticos, econômicos e sociais, de modo a atender à responsabilidade sanitária da Estratégia Saúde da Família no município de Itaparica – BA.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Elaborar um plano de intervenção que contribua na redução da incidência das Síndromes Dispépticas na população da Misericórdia;

Identificar os principais fatores nutricionais e comportamentais que levam a ocorrência das Síndromes Dispépticas na população da Misericórdia.

Contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com Síndromes Dispépticas no território da Misericórdia.

## JUSTIFICATIVA

Este projeto de intervenção se justifica em função da alta incidência de pacientes portadores de síndromes dispépticas encontradas no território da Misericórdia, localizado no município de Itaparica- Bahia. Sabe-se que é multifatorial a causa do surgimento desses sintomas, porém, existe um fator cultural expressivo que pode vir agravar tais sintomas. Muitos dos usuários atendidos na unidade exercem atividades pesqueira para subsistência, por conta disso, as práticas culinárias também são passadas de geração em geração. O uso excessivo de condimentos, e a forma de preparação dos pescados é coletivo à muitos usuários atendidos.

Torna-se relevante este tema no comprometimento com a ressignificação do comportamento enraizado na cultura da população. O planejamento estratégico vem na linha do diálogo com a comunidade, mantendo o preceito da autonomia, dando ao usuário o protagonismo do seu cuidado.

Cabe destacar que existem, na comunidade, usuários que administram restaurantes locais, podendo estes serem agentes fundamentais na criação de estratégias para a ação promovida. Estando os profissionais de unidade de saúde responsáveis por articular essas estratégias, a fim de promover saúde e diminuir os agravos causados pelas síndromes dispépticas.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As síndromes dispépticas, ou dispepsias, são um conjunto de sintomas gastrointestinais que afetam muitas pessoas em todo o mundo. Segundo DUNCAN et al (2022) Dispepsia é um grupo heterogêneo de sintomas definido como sensação de dor epigástrica com duração de pelo menos um mês, tipicamente em queimação, que pode estar associada a qualquer outro sintoma gastrointestinal superior: plenitude pós-prandial/ empachamento, náusea, vômito, pirose, regurgitação, eructações e distensão abdominal. Sintomas estes que aparecem frequentemente na Atenção Primária à Saúde.

São amplamente divulgadas na literatura a etiologia da dispepsia. São elas: Doença do refluxo gastroesofágico (com ou sem esofagite); Doença ulcerosa péptica; Gastrites; Duodenites (incluindo parasitoses); Neoplasias gastrointestinais; Doença biliar como a colelitíase; Gastroparesia; Pancreatite crônica; Uso de medicamentos (Anti-inflamatórios Não Esteroides, Ácido acetilsalicílico, bloqueadores de canais de cálcio, Alendronato, Orlistate, Acarbose e diversos antibióticos); Dispepsia associada ao *H. pylori*; Dispepsia funcional

Vale destacar que, na condução da terapêutica para esses sintomas, GUSSO e LOPES (2019) afirmam poder realizar o tratamento empírico dos sintomas mesmo sem avaliação da Endoscopia Digestiva Alta. Eles afirmam que no caso de não haver melhora nos sintomas durante 4 a 6 semanas com uso de Inibidores de Bomba de Próton (IBP) se recomenda tratar para *Helicobacter Pylori*.

Harzheim, et al. (2009) referem que o tratamento da dispepsia deve ser individualizado, levando em consideração a etiologia da doença e os sintomas do paciente. A terapia deve ser iniciada com mudanças no estilo de vida, como a redução do consumo de álcool e tabaco, evitando alimentos que desencadeiam os sintomas e orientação dietética (alimentos gordurosos, frituras, condimentados. Redução de peso e suspensão de hábitos agravantes, bem como a suspensão, quando possível, de medicamentos de uso rotineiro que possam provocar sintomas dispépticos;

São sinais de alerta para dispepsias: Ausência de melhora após tratamento com inibidores de bomba de próton e erradicação de *Helicobacter Pylori*; Sangramento gastrointestinal; Disfagia progressiva; Odinofagia; Perda de peso não intencional; Vômitos persistentes; Massa epigástrica; Anemia ferropriva.

É necessário nos atemos no impacto qualitativo na vida das pessoas que sofrem com essa síndrome. Há ocorrência de dispêndio de valores e tempo na sua investigação e tratamento, bem como o absenteísmo do trabalho. (MONES J. et al., 2002). No caso em questão, o município não dispõe de aparelho endoscópico. Sendo necessária regulação do paciente para o município de Valença-Ba, na Policlínica Regional para realização de procedimento. O município está localizado a pouco menos de 2 horas de Itaparica (109,4 km). Como a Policlínica Regional também é referência em pactuação para outros municípios próximos a Endoscopia Digestiva Alta (EDA) é um exame de demora em média de 4 há 6 meses entre solicitação e realização.

O desígnio deste projeto perpassa também em acolher e fazer uma escuta qualificada da queixa do paciente para que ele não evolua ao ponto de necessitar da avaliação endoscópica. Além de avaliar precocemente os sintomas e duração, devemos nos ater aos padrões dietético nutricionais da população em questão: avaliar uso excessivo de condimentos, alimentos com alto teor de gordura, café e bebidas gaseificadas. Devemos avaliar também, o uso de algumas medicações que possam ocasionar ou até agravar os sintomas dispépticos como os AINES e AAS. O uso de substâncias como o tabaco e álcool também deve ser analisado.

## MÉTODOS

Para elencar os principais problemas ocorridos na microárea utilizamos dados de consultas clínicas, e reuniões de equipe. Através do Sistema Integrado de Saúde de Itaparica (SISweb), implementado na unidade em 30 de agosto de 2022, foram gerados relatórios de atendimentos onde foi possível analisar quais são os tipos de comorbidades mais prevalentes abordadas em cada consulta. Tal sistema utiliza informações originadas pelo SIAB/E-SUS. Através da análise do somatório das fichas de cadastro domiciliar, individual, de visita domiciliar, chegou-se às principais comorbidades ocorridas no território analisado. Além disso, em reuniões de equipe, foi solicitados aos agentes comunitários de saúde que elencassem os problemas mais frequentes no território.

Este trabalho, trata-se de um estudo de intervenção prática apoiado no planejamento estratégico. Foram utilizadas as seguintes ferramentas para detecção dos problemas no território coberto pela USF Misericórdia: a) Realização de reuniões com agentes comunitários de saúde e para seleção dos 10 problemas relevantes da unidade de trabalho, bem como a utilização de informações originadas pelo SIAB/E-SUS, através da análise do somatório das fichas de cadastro domiciliar, individual, de visita domiciliar, aportado no Sistema Integrado de Saúde de Itaparica (SISweb). Descartou-se inicialmente os problemas/comorbidades que foram repetidos nas duas formas de detecção; b) Seleção dos principais problemas de saúde da população e do trabalho da equipe de Atenção Básica. Foi feita aplicação dos critérios de transcendência, urgência e capacidade (matriz TUC) para os 10 problemas selecionados, no intuito de selecionar 3 problemas com maior somatório. Destes problemas, através da matriz TUC, foram selecionados os 3 problemas mais com maiores Scores: Grande número de Pacientes Hipertensos, Diabéticos e portadores de Síndromes Dispépticas – Score 12. Seus descritores foram: 22,09% de consultas de pacientes hipertenso; 8,7% de consultas de pacientes diabético; 2,2 % de consultas de pacientes com síndrome dispépticas. c) Feita a análise de possíveis determinantes sobre o principais doenças e agravos (rede causal), atuantes no território, desde os determinantes fisiopatológicos imediatos até aqueles distais, de caráter social.

Para o plano de intervenção, o problema selecionado foi relativo aos numerosos casos de síndrome dispépticas, pois não há no município, um plano de contingência para que haja de promoção e prevenção à saúde relacionas a estes sintomas especificamente.

Apesar do empate entre o produto da multiplicação dos critérios, através da matriz TUC, atribuídos aos problemas selecionados, será abordado o problema dos pacientes portadores de síndrome dispéptica. Trata-se de uma abordagem pouco discutida no âmbito da USF Misericórdia em detrimento aos outros dois problemas principais. Sintomas como, dor epigástrica, pirose, plenitude pós-prandial e saciedade precoce representam parte considerável das queixas dos pacientes que estão procurando atendimento. Existe no local uma falta de atividades de promoção e prevenção à saúde relacionas a estes sintomas

especificamente. Por este motivo, há necessidade de melhor apreender os fatores causais, bem como elaborar um plano de intervenção para que haja uma diminuição desses sintomas e suas consequências.

No quadro 1 temos os problemas mais relevantes na rotina assistencial da Atenção Básica da Misericórdia e seus descritores:

Problemas	Descritores
Grande número de pacientes hipertensos	22,09% de consultas de pacientes hipertenso
Grande número de pacientes diabéticos	8,7% de consultas de pacientes diabético
Dores Osteomioarticulares	2,2% consultas com pacientes evidenciando Dores Osteomioarticulares
Vulnerabilidade social	Renda média de menos de um salário mínimo
Grande número de amigdalites agudas	1,45% consultas com pacientes portadores de Amigdalites Agudas
Rotatividade da equipe	4 profissionais da enfermagem diferentes em pouco menos e 1 ano, bem como troca de técnicos de enfermagem, farmacêutico e dentista
Grande número de síndromes respiratórias	2,62% de consultas de pacientes com síndromes respiratórias agudas
Grande número de pacientes portadores com síndrome dispéptica	2,2 % de consultas de pacientes com síndrome dispépticas
Demora na realização de EDA	Aproximadamente 6 meses para realização de EDA pela rede pública
Grande número de Escabiose	0,82% de consultas de pacientes com Escabiose

Quadro 1 – Problemas mais relevantes

No quadro 2 temos a listagem dos 10 problemas:

Número	Problemas
1	Grande número de pacientes hipertensos
2	Grande número de pacientes diabéticos
3	Dores Osteomioarticulares
4	Vulnerabilidade social
5	Grande número de amigdalites agudas
6	Rotatividade da equipe
7	Grande número de síndromes respiratórias
8	Grande número de pacientes portadores com síndrome dispéptica
9	Demora na realização de EDA
10	Grande número de Escabiose

Quadro 2 - Problemas

No quadro 3 temos a seleção do problema através da matriz TUC: (Critérios de 1 a 3)

Problema	Transcendência (T)	Urgência (U)	Capacidade (C)	Total (TxUxC)
1	3	2	3	18
2	3	2	3	18
3	1	1	3	3
4	3	3	1	9
5	1	1	3	3
6	2	2	1	4
7	1	1	3	3
8	3	2	3	18
9	3	2	1	6
10	1	1	3	3

Quadro 3 – Matriz TUC

No quadro 4 temos os 3 principais problemas selecionados:

Número	Problemas
1	Grande número de pacientes hipertensos
2	Grande número de pacientes diabéticos
3	Grande número de pacientes portadores com síndrome dispéptica

Quadro 4 – Problemas selecionados

## RESULTADOS E DISCURSÃO

Através da realização de reuniões com agentes comunitários de saúde, bem como a utilização de informações fornecidas pelo sistema SIAB/E-SUS e através da análise do somatório das fichas de cadastro domiciliar, individual, de visita domiciliar, aportado no Através do Sistema Integrado de Saúde de Itaparica (SISweb), foi feita a seleção dos 10 problemas relevantes da unidade de trabalho (USF Misericórdia).

Os problemas selecionados foram os seguintes: 1. Grande número de pacientes hipertensos; 2. Grande número de pacientes diabéticos; 3. Dores osteomioarticulares; 4. Vulnerabilidade social; 5. Grande número de amigdalites agudas; 6. Rotatividade da equipe; 7. Grande número de síndromes respiratórias; 8. Grande número de pacientes portadores com síndrome dispéptica; 9. Demora na realização de EDA; 10. Grande número de Escabiose.

Os respectivos descritores foram: 1. 22,09% de consultas de pacientes hipertenso; 2. 8,7% de consultas de pacientes diabético; 3. 2,2% consultas com pacientes evidenciando Dores Osteomioarticulares; 4. Renda média de menos de um salário mínimo; 5. 1,45% consultas com pacientes portadores de Amigdalites Agudas; 6. 4 profissionais da enfermagem diferentes em pouco menos e 1 ano, bem como troca de técnicos de enfermagem, farmacêutico e dentista; 7. 2,62% de consultas de pacientes com síndromes

respiratórias agudas; 8. 2,2 % de consultas de pacientes com síndrome dispéptica; 9. Aproximadamente 6 meses para realização de EDA pela rede pública; 10. 0,82% de consultas de pacientes com Escabiose.

Através dessa seleção, atribuiu-se valores estabelecidos pelos critérios da matriz TUC, para seleção dos três principais problemas atribuídos ao território. Os scores são valores oriundos através da multiplicação dos critérios estabelecidos: 1. Transcendência dos problemas para gestores e técnicos da organização, para as forças sociais que o apoiam e para a população; 2. Urgência dos problemas e implicações da postergação do enfrentamento dos problemas considerados; 3. Capacidade de enfrentamento dos problemas e possibilidade de obter efeitos de impacto dentro do horizonte de tempo do plano. Aos critérios são atribuídos valores que variam de 1 a 3.

Os três principais problemas, receberam nota 18 a partir da multiplicação dos critérios TxUxC, foram estas: 1. Grande número de pacientes hipertensos; 2. Grande número de pacientes diabéticos; 3. Grande número de pacientes portadores com síndrome dispéptica. Ao utilizar-se a matriz TUC, com finalidade de priorizar os três principais problemas que acometem o território coberto pela USF Misericórdia, percebemos fatores causais para as condições examinadas desde os determinantes fisiopatológicos imediatos até aqueles distais, de caráter social.

Ao levar-se em conta os três problemas mais importantes na localidade, percebe-se que estas são intrinsicamente ligadas à vulnerabilidade social existente, ou seja, os três problemas se interligam. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida, segundo as “Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial” (2021), como uma condição clínica multifatorial, que se caracteriza por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Considera-se hipertenso o paciente adulto (acima de 18 anos) cuja medida da pressão arterial mantém-se acima de 140/90 mm/Hg.

Segundo as “Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes” (2020). O Diabetes mellitus (DM) consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos. Atinge proporções epidêmicas, com estimativa de 425 milhões de pessoas com DM mundialmente. Estas duas patologias são classificadas como doenças crônicas não transmissíveis, possuem umnexo causal multifatorial, entretanto o fator vulnerabilidade está intrinsicamente ligado aos piores prognósticos destas comorbidades, segundo MARIOSA:

Avaliando o perfil de risco que impacta na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial sistêmica, fatores exógenos, como o sedentarismo, obesidade e a ingestão de alimentos ricos em gorduras e carboidratos, dependem do tipo de comportamento, estilo de vida e da dieta alimentar daqueles que as desenvolvem. Estas condições, por sua vez, dependem não apenas do perfil socioeconômico do indivíduo, como renda, ocupação e escolaridade, mas, igualmente, do tempo em que fica exposto às condições socioambientais.” (MARIOSA ET AL, 2016)

Má alimentação, sedentarismo, má adesão medicamentosa, são fatores de estilo de vida que são preponderantes no processo terapêuticos dessas doenças. Este último está diretamente ligado a um dos problemas encontrados na comunidade da Misericórdia também. Dentre os principais determinantes da má adesão terapêutica, SILVA et al (2013) revela que a rotatividade de profissionais, causa uma diminuição de vínculo e assim uma comunicação ineficiente na abordagem do paciente para incentivar sua autonomia.

O vínculo com os usuários do serviço amplia a efetividade das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço, propicia exercer seu papel de cidadão, autonomia, respeito aos direitos de fala, argumentação e escolha e permite sua integração na manutenção de sua saúde e redução dos agravos. (SILVA et al, 2013)

A má alimentação e vulnerabilidade social são características preponderante aos 3 problemas encontrados. É notado um grande número de usuários que fazem uma exacerbação do uso de carboidratos a despeito de outros macronutrientes por conta do elevado custo dos alimentos ricos em proteínas, por exemplo. A pandemia de COVID 19, veio a aumentar a insegurança alimentar dessa população, em conformidade com a pesquisa de GALINDO E., et al.:

Conclui-se que as instabilidades socioeconômicas geradas pelas crises política e econômica vividas nos últimos anos no país agravaram-se com a pandemia da Covid-19, acentuando as desigualdades alimentares entre uma parcela da população brasileira, sobretudo, quanto ao acesso a alimentos saudáveis de forma regular e em quantidade e qualidade suficientes. (GALINDO E., et al., 2021).

Deve-se também prestar atenção aos fenômenos fisiopatológicos que se correlacionam ao surgimento de doenças como Hipertensão Sistêmica e Diabetes Mellitus. Tanto o envelhecimento, quanto antecedentes familiares. BORGES (2020) relata que com o envelhecimento, temos também o aumento da prevalência dessas doenças crônicas, cuja idade é um dos principais fatores de risco para manifestação de tais afecções.

São amplamente divulgadas na literatura a etiologia da dispepsia. Porém fica evidente que no território aferido. Existe o uso exacerbado e prolongado, sem prescrição médica, de Anti-inflamatórios Não Esteroides. Importante salientar que existe um número importante de pacientes que tem a síndrome associada ao *Helicobacter Pylori*, evidenciado após exame endoscópico. Percebe-se também que os padrões dietético nutricionais da população em questão estão atrelados ao uso excessivo de condimentos, alimentos com alto teor de gordura, café e bebidas gaseificadas. Bem como a ingesta de álcool e uso de tabaco.

No quadro 5 temos a Matriz de análise dos problemas selecionados:

Número	Descritores	Causas
1	22,09% de consultas de pacientes hipertensos	Má alimentação; Sedentarismo; Má adesão terapêutica; Vulnerabilidade social; Envelhecimento populacional; Antecedentes familiares; Rotatividade da equipe
2	8,7% de consultas de pacientes diabético	Má alimentação; Sedentarismo; Má adesão terapêutica; Vulnerabilidade social; Envelhecimento populacional; Rotatividade da equipe Antecedentes familiares
3	2,2 % de consultas de pacientes com síndrome dispépticas	Má alimentação; Vulnerabilidade social; <i>Helicobacter Pylori</i> ; Uso abusivo de AINES; Alcool, Tabaco; Uso abusivo de condimentos; Rotatividade da equipe; Má adesão terapêutica; Demora na realização da EDA

Quadro 5 – Matriz dos problemas selecionados

## PLANO DE INTERVENÇÃO

Carece-se retornar as características principais que adjetivam a comunidade da Misericórdia. Trata-se de uma população que vive majoritariamente da pesca, que tem uma média salarial abaixo de um salário mínimo por pessoa. Na região percebe-se a existência de um desafio grande de implementar um projeto de intervenção que atenda os limites geográficos locais pois o deslocamento para outros locais se torna um dispêndio a mais para os indivíduos dessa microárea.

Os equipamentos sociais em saúde que tem-se disponíveis são diversos: Igrejas, escolas, associações, praças. A educação em saúde abrange não só o consultório médico. Segundo OLIVEIRA E GONÇALVES (2004) tudo que for relacionado a área de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e possa ser utilizado para a promoção e prevenção de saúde, vai ser útil no processo de educação em saúde. De acordo com elas, esse procedimento é realizado com intencionalidade de provocar um conflito no indivíduo, fazer com que ele reflita suas atitudes e construa melhorias. Assim sendo, as práticas de educação em saúde devem ser organizadas pensando na situação em que vive os indivíduos que estão ao entorno da USF. Sem perder a equidade de vista os mais vulneráveis devem ser os mais contemplados.

O projeto de intervenção se dará em cinco etapas distintas. A primeira etapa consiste na confecção e aplicação de um questionário (ANEXO) que será aplicado pelo período de um mês para os usuários da Unidade de Saúde da Família da Misericórdia. O intuito deste processo é através de uma triagem, avaliar se os usuários possuem sintomas dispépticos e ter uma prevalência mais fidedigna de portadores de síndromes dispépticas na microrregião da Misericórdia.

A segunda etapa consiste em criar uma roda de conversa, em algum dos equipamentos sociais em saúde disponíveis, acerca da relação entre o uso crônico de alguns medicamentos e o surgimento de dispepsia. Para isso, serão utilizados os dados coletados pelos questionários para avaliar quais são os principais medicamentos utilizados pela população que estão diretamente ligados à presença de síndrome dispéptica. O intuito desta intervenção é atingir educação em saúde para que haja a diminuição do uso exacerbado de medicamentos que podem causar síndrome dispépticas. Neste momento, todos os trabalhadores da unidade irão participar. O período em que vai ocorrer, será em até três meses a depender da demanda de usuários que surgir.

A terceira etapa se dará através de roda de conversa entre usuários e profissionais de saúde da unidade e Centro de Atenção Psicossocial, em algum dos equipamentos sociais em saúde disponíveis, a cerca o uso crônico/ abusivo de tabaco e álcool. Para nortear a discussão, serão usadas também as informações coletadas pelos questionários para avaliar a frequência do consumo de tabaco e bebidas alcoólicas. O intuito desta intervenção é atingir educação em saúde para que haja a diminuição do uso exacerbado de álcool e tabaco e incentivar autonomia do usuário para que busque o CAPS no caso de abuso dessas substâncias. Todos os trabalhadores da USF Misericórdia, Psicólogo e Psiquiatra do CAPS, participarão desta atividade. O período em que vai ocorrer, será em até três meses a depender da demanda de usuários que surgir.

A quarta etapa será uma aula de culinária com usuários e usuárias donos e/ou trabalhadores de alguns bares/restaurantes locais, se dará em algum dos equipamentos sociais em saúde disponíveis. Serão utilizados também neste momento as informações coletadas pelos questionários para avaliar a frequência do consumo de alimentos gordurosos e/ou muito condimentados. Participarão deste momento todos os trabalhadores da USF Misericórdia e profissionais de bares e restaurantes locais. O intuito desta ação é disseminar novas receitas, saborosas e saudáveis, para que haja a diminuição do consumo de alimentos gordurosos e muito condimentados. O período em que vai ocorrer, será em até três meses a depender da demanda de usuários que surgir.

O último momento acontecerá através de roda de conversa sobre importância da atividade física com educadores físicos locais e/ou do NASF, em algum dos equipamentos sociais em saúde disponíveis, utilizar-se-a as informações coletadas pelos questionários para avaliar a frequência de sedentarismo, obesidade e para nortear a discussão. O Intuito desta abordagem aumentar a adesão a atividade física regular e diminuir a prevalência de obesidade entre os usuários da USF Misericórdia. Todos os momentos poderão ser reabordados a depender da necessidade e demanda dos usuários. A ideia é que a estratégia se dê de forma continuada, com uma temporalidade inicial de até dois meses para que haja tempo hábil de reavaliação, propor ajustes e retomar ou não caso o objetivo tenha sido alcançado. No quadro 6 temos a sintetização do plano de intervenção.

<b>Problema:</b> Grande número de casos de Dispepsias na USF Misericórdia				
<b>Ações estratégicas</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Responsável</b>	<b>Duração</b>
Triagem inicial	Questionário que seja apresentado e aplicado para o usuário nas salas de espera das consultas médicas e da enfermagem.	Realizar uma triagem para avaliar se os usuários possuem sintomas dispépticos, tendo o número mais fidedigno de portadores de síndromes dispépticas.	Médico (a) e Enfermeiro (a)	Duração de 1 mês
Relação entre uso crônico de alguns medicamentos e síndromes dispépticas	1.Roda de conversa entre usuários e profissionais de saúde da USF. 2. Utilizar as informações coletadas pelos questionários para avaliar quais são os principais medicamentos utilizados pela população que estão diretamente ligados à presença de síndrome dispéptica	Attingir educação em saúde para que haja a diminuição do uso exacerbado de medicamentos que podem causar síndrome dispépticas.	Recepcionista, Agentes Comunitários, Agente de Limpeza, Farmacêutico (a), Dentista, Auxiliar de Dentista, Técnicos (as) de Enfermagem, Enfermeiro (a) e Médico (a).	Duração de 3 meses
O álcool e o cigarro	1.Roda de conversa entre usuários, profissionais de saúde da USF e CAPS. 2. Utilizar as informações coletadas pelos questionários para avaliar a frequência do consumo de tabaco e bebidas alcoólicas.	1. Attingir educação em saúde para que haja a diminuição do uso exacerbado de álcool e tabaco. 2. Incentivar autonomia do usuário para que busque o CAPS no caso de abuso dessas substâncias.	Recepcionista, Agentes Comunitários, Agente de Limpeza, Farmacêutico (a), Dentista, Auxiliar de Dentista, Técnicos (as) de Enfermagem, Enfermeiro (a) e Médico (a); Profissionais do CAPS (Psicólogo (a) e Psiquiatra).	Duração de 3 meses
Orientação alimentar	1. Aula de culinária com usuários e usuárias donos e/ou trabalhadores de alguns bares/restaurantes locais. 2. Utilizar as informações coletadas pelos questionários para avaliar a frequência do consumo de alimentos gordurosos e/ou muito condimentados.	Disseminar novas receitas para que haja a diminuição do consumo de alimentos gordurosos e muito condimentados.	Recepcionista, Agentes Comunitários, Agente de Limpeza, Farmacêutico (a), Dentista, Auxiliar de Dentista, Técnicos (as) de Enfermagem, Enfermeiro (a) e Médico (a); Profissionais de bares e restaurantes locais.	Duração de 3 meses
Mexa seu corpo	1. Roda de conversa sobre importância da atividade física com educadores físico locais e/ou do NASF. 2. Utilizar as informações coletadas pelos questionários para avaliar a frequência de sedentarismo e obesidade.	1. Aumento da adesão a atividade física regular. 2. Diminuição da prevalência de obesidade.	Recepcionista, Agentes Comunitários, Agente de Limpeza, Farmacêutico (a), Dentista, Auxiliar de Dentista, Técnicos (as) de Enfermagem, Enfermeiro (a) e Médico (a); Profissionais de Educação Física locais e/ou do NASF.	Duração de 3 meses

Quadro 6 – Ações estratégicas

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde proporciona aos usuários, através dos seus princípios e diretrizes, a possibilidade de enfrentamento das suas demandas no que tange o processo saúde-doença. Entre outras, a integralidade permeia não somente o dever do Estado em cumprir o atendimento em todos os seus níveis de atenção, mas também prevê que os usuários sejam atendidos de forma multidisciplinar, concentrando esforços nas suas problemáticas.

É dever da Unidade de Saúde da Família, através do seu processo de trabalho e planejamento, criar subsídios para apreender quais são as principais causas responsáveis pelo processo de adoecimento no território. Este trabalho se fundamentou nessa busca. Foram analisados quais são os principais problemas que acometem o território da Misericórdia. É função também da unidade promover métodos que favoreçam a melhoria da qualidade de vida da população adscrita. Para que isso aconteça, de fato, é necessário o esforço de todos os agentes que trabalham na área. Mais uma vez a integralidade assume o papel fundamental para organizar o processo de trabalho. Olhar apenas a patologia, permite com que o processo incorra em falha, pois o usuário é fruto de um contexto psicossocioambiental.

Através do planejamento estratégico, foi criado um projeto de intervenção que visou promover a saúde e prevenir o aumento de sintomas dispépticos nos usuários, bem como identificar os principais fatores nutricionais e comportamentais que levam a ocorrência das Síndromes Dispépticas.

Para que o plano de intervenção proposto venha a acontecer de forma efetiva, se faz necessário não só o esforço da equipe, como também da gestão e da própria população. A conclusão esperada para este projeto de intervenção é a diminuição de casos de sintomas dispépticos. Porém o vislumbre final poderá ir além da redução desses sintomas. A avaliação em grupo sobre hábitos de vida mais saudáveis, aumentam a coesão da equipe para com a população, bem como aumentam a percepção de autonomia do usuário no seu processo saúde/ adoecimento.

É perceptível que os resultados desta intervenção venham a proporcionar novos estudos, já que as atividades podem ser replicadas em tempos diferentes, com grupos diversificados, visando uma melhor delimitação dos fatores causais para Síndromes Dispépticas.

## REFERÊNCIAS

BARROSO WKS., et al. Diretriz brasileira de hipertensão arterial. Arq Brás Cardiol. 2020.

BRASIL. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2019 -2020. Brasília, 2019.

SILVA CS., et al. Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde. Rev Esc Enferm USP. 2013

DUNCAN BB., et al. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 5a ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

GUSSO G, LOPES JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 2a ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

HARZHEIM E, STEIN AT, CASTRO FILHO ED. Dispepsia não-investigada: Diagnóstico e tratamento na atenção primária à saúde. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Projeto Diretrizes 2009.

MARIOSDA DF., et al. Influência das condições socioambientalistas na prevalência de hipertensão arterial sistêmica em duas comunidades ribeirinhas da Amazônia, Brasil. INPA. 2016

MONES J., et al. Quality of life in functional dyspepsia. Dig Dis Sci, v. 47, n. 1, p. 6–20, 2002.

OLIVEIRA, HM.; GONÇALVES, MJF. EDUCAÇÃO EM SAÚDE: uma experiência transformadora. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 57, n. 6, p. 761-3, 2004

TANCREDI FB., et al. Planejamento em saúde. São Paulo: São Paulo; 1998.

# ANÁLISE DOS DADOS ANTROPOMÉTRICOS CADASTRADOS NO SISVAN, PARA ADULTOS DO MUNICÍPIO DE CHAPADA DO NORTE, DOS ANOS DE 2015 A 2021

*Data de aceite: 02/05/2024*

**Jaqueline de Matos Lourenço**

Universidade de Brasília  
Chapada do Norte – MG  
<http://lattes.cnpq.br/4179966788034996>

**João Paulo de Oliveira Aguiar**

Universidade Federal de São João del Rei  
Chapada do Norte /MG  
<http://lattes.cnpq.br/7797186401124991>

**Ana Rita Machado**

Faculdade de Educação São Luis - FELS  
Jaboticabal - SP  
<http://lattes.cnpq.br/1007637773597149>

**Vivian Marques Miguel Suen**

Universidade de São Paulo – USP  
Ribeirão Preto-SP  
<http://lattes.cnpq.br/8092245723154082>

**Denise de Matos Lourenço**

Uni-BH (Centro Universitário de Belo Horizonte)  
Chapada do Norte -MG  
<http://lattes.cnpq.br/7721897784835462>

**Kaique Roger Simas**

Universidade Federal de Minas Gerais  
Belo Horizonte-Mg  
<http://lattes.cnpq.br/6284175920565495>

**RESUMO:** Saber o perfil nutricional de determinada população é fundamental para toda elaboração de ações em saúde, que almejam a prevenção de doenças crônicas<sup>1</sup>. Para esse fim, o Ministério da Saúde (MS) criou o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), com o objetivo de ser uma ferramenta essencial na vigilância alimentar e nutricional de todos os ciclos da vida<sup>1</sup>. Este estudo tem o objetivo de coletar e analisar os dados antropométricos de adultos do município de Chapada do Norte, MG, no período de 2015 a 2021 e, assim, auxiliar na elaboração de ações mais eficazes no âmbito da prevenção na atenção primária da região. É possível observar um aumento de peso dos indivíduos compreendidos nas faixas etárias pesquisadas com o decorrer do tempo, principalmente, nos últimos dois anos. Foi observado que, enquanto a magreza acentuada vem em ritmo de queda após 2018, saindo de 4,73% para 3,51%, em 2021, outras categorias que classificam o aumento de massa foram na direção oposta. A obesidade grau III aumentou em torno de 204%, passando de 0,49%, em 2015, para 1,49%, em 2021, por exemplo. O mesmo se repete na categoria “sobrepeso”, com aumento em torno de 23,78%, indo de 25,35%, em 2015, a 31,38%, em 2021.

Com a análise crítica dos dados desse estudo, fica nítida a importância de se conhecer o estado nutricional de uma população, com a qual se deseja realizar um trabalho de promoção da saúde na atenção, principalmente, primária, do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, fica clara a importância de métodos que permitam a evidenciação de dados, como os disponibilizados pelo SISVAN, bem como a necessidade de mais investimentos que aprimorem a cobertura e eficiência de tais sistemas, objetivando melhorias nas políticas públicas em saúde, principalmente em sua principal base, a prevenção.

**PALAVRAS-CHAVE:** nutricional, SISVAN, antropométrico, Chapada do Norte, obesidade, desnutrição, sobrepeso.

## ANALYSIS OF ANTHROPOMETRIC DATA REGISTERED IN SISVAN, FOR ADULTS IN THE MUNICIPALITY OF CHAPADA DO NORTE, FROM THE YEARS 2015 TO 2021

**ABSTRACT:** Knowing the nutritional profile of a certain population is fundamental for the development of health actions aiming at the prevention of chronic diseases. For this purpose, the Ministry of Health (MoH) created the Food and Nutritional Surveillance System (SISVAN), with the objective of being an essential tool in the food and nutritional surveillance of all life cycles. This study aims to collect and analyze the anthropometric data of adults from the municipality of Chapada do Norte, MG, from 2015 to 2021 and thus assist in the development of more effective actions in the scope of prevention in the primary care of the region. It is possible to observe an increase in weight of individuals in the researched age groups over time, especially in the last two years. It was observed that while severe thinness is decreasing after 2018, from 4.73% to 3.51% in 2021, other categories that classify the increase in mass were in the opposite direction. Severe obesity increased by around 204%, going from 0.49% in 2015 to 1.49% in 2021, for example. The same trend is repeated in the “overweight” category, with an increase of around 23.78%, going from 25.35% in 2015 to 31.38% in 2021. With a critical analysis of the data from this study, the importance of knowing the nutritional status of a population with which one wishes to carry out health promotion work becomes clear, especially in primary care of the Unified Health System (SUS). Therefore, the importance of methods that allow the highlighting of data, such as those provided by SISVAN, as well as the need for further investments to improve the coverage and efficiency of such systems, aiming at improvements in public health policies, especially in its main foundation, prevention.

**KEYWORDS:** nutricional, SISVAN, antropométrico, Chapada do Norte, obesidade, malnutrition, overweight.

## INTRODUÇÃO

Está consolidada a relação direta entre estado nutricional e saúde de um indivíduo por diversos estudos científicos, a ponto de a OMS (Organização Mundial da Saúde) dedicar seus recursos, desde início do século 21, para estudo e combate à desnutrição e excesso de peso no mundo, como forma de promover a saúde para todos os habitantes do planeta<sup>2</sup>. Ser classificado nos extremos da antropometria aumenta o risco para diversas doenças e comorbidades crônicas. O Brasil, nos últimos anos, tem saído de números que apontavam para o “baixo peso” como principal agravo nutricional, principalmente nos primeiros de anos de vida, para um crescimento preocupante do grupo de pacientes obesos e com sobrepeso<sup>3</sup>. Se, antes, a preocupação principal dos profissionais de saúde eram as síndromes e os óbitos, sobretudo os infantis, relacionados à desnutrição severa da população, atualmente, a taxa de indivíduos acima do peso ideal é o que causa alerta e desperta a necessidade de vigilância acerca das doenças crônicas, intimamente ligadas ao resultado da balança, como o diabetes e a hipertensão arterial sistêmica<sup>3</sup>.

Há, aproximadamente, 20 anos, foi aprovada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), cujos compromissos estabelecidos eram claros, como a realização, de forma contínua e sistemática, do monitoramento da situação alimentar e nutricional da população do país. Com esse objetivo, o Ministério da Saúde criou o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), objetivando ser uma ferramenta essencial na vigilância alimentar e nutricional de todos os ciclos da vida, colaborando para a formulação e a revisão de políticas públicas, identificando grupos sociais, territórios e populações de maior risco aos agravos nutricionais<sup>1</sup>.

Considerando a importância de se conhecer o perfil nutricional de determinada população para toda elaboração de ações em saúde, que almejam a prevenção de doenças crônicas<sup>1</sup> este estudo tem o objetivo de coletar e analisar os dados antropométricos de adultos do município de Chapada do Norte, MG, no período de 2015 a 2021 e, assim, auxiliar na elaboração de ações mais eficazes no âmbito da prevenção na atenção primária da região.

O município de Chapada do Norte está localizado no nordeste de Minas Gerais, Vale do Jequitinhonha, a 550 quilômetros da capital do Estado, Belo Horizonte. Segundo o senso do IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, de 2010, possui 15.189 habitantes, distribuídos em 828 km<sup>2</sup> de território e IDH de 0,598, sendo o segundo pior do estado. O município conta com nove equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), constituídas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, agentes comunitários de saúde (ACS), além de nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta e fonoaudiólogo, na equipe multiprofissional de apoio.

Utilizando essa infraestrutura de saúde já consolidada, com captação de dados pelo SISVAN, com o objetivo de compreender as mudanças nutricionais da população, analisou-se, por meio deste estudo, a evolução antropométrica de adultos nos últimos seis anos.

## METODOLOGIA

### TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo transversal, ou análise de prevalência que, em resumo, é definido como uma pesquisa que visualiza a situação de uma população, através de dados de uma amostra representativa, por um determinado recorte de tempo<sup>4</sup>.

### ÁREA DE ESTUDO

Os dados analisados pertencem ao município de Chapada do Norte, localizado no nordeste de Minas Gerais, Vale do Jequitinhonha, a 550 quilômetros da capital do Estado, Belo Horizonte. Segundo o senso do IBGE, de 2010, possui 15.189 habitantes, distribuídos em 828 km<sup>2</sup> de território com IDH 0, 598, segundo pior do estado. Entre suas peculiaridades o município possui a população majoritariamente negra (91,1% autodeclarada no último senso) com 27 comunidades quilombolas sendo 14 reconhecidas pela Fundação Palmares e o restante em fase de validação<sup>5</sup>.

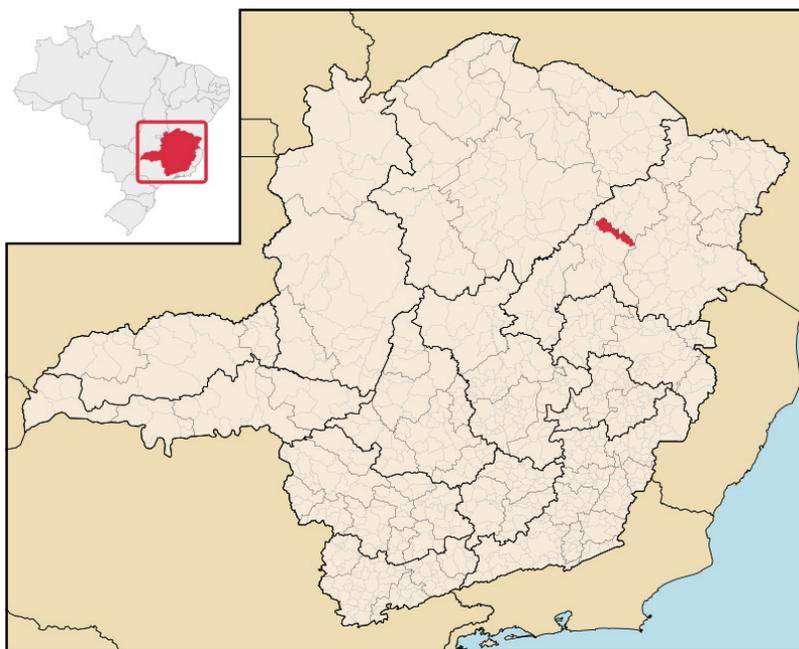


Figura 1 : <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/chapada-do-norte.html>

## POPULAÇÃO DO ESTUDO E AMOSTRAGEM

A amostra do estudo variou de acordo com cada ano de coleta de dados, permanecendo uma média anual de 1500 a 2000 indivíduos adultos, entre 20 e 60 anos. O SISVAN exige dos gestores municipais, uma meta anual de 46% da população informada pelo IBGE no último censo realizado. Não discriminando o mínimo para cada faixa etária.

Segundo a Norma Técnica do SISVAN, o Índice de Massa Corporal (IMC) é o indicador utilizado para avaliar a proporção entre o peso e a altura de adultos.

Devem ser obtidas as medidas, de peso e altura do indivíduo, seguindo métodos preconizados na diretriz e registrados, respectivamente, em quilos e em metros. O IMC é calculado pela relação entre o peso dividido pelo quadrado da altura do indivíduo, assim como desmontado abaixo:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$$

Cálculos extras não são essenciais para a interpretação do indicador de IMC em adultos, portanto, o perfil nutricional do indivíduo é determinado a partir do valor bruto de IMC, cuja unidade de medida é Kg/m<sup>2</sup>.

A classificação do estado nutricional de adultos é feita a partir do valor simples do IMC. Nesse caso, são estabelecidos sete pontos de corte para o indicador de IMC (valores de IMC de 18,5, 25,0; 30,0; 35,0 e 40,0), o que permite à seguinte classificação<sup>6</sup>:

IMC	Classificação
<18,5	Adulto com baixo peso.
>=18,5 <= 25	Eutrófico
>=25 <=30	Sobrepeso
>=30	Obesidade
>30<35	Obesidade grau I
>=35<=40	Obesidade grau II
>40	Obesidade grau III

Tabela1 Interpretação do IMC em adultos.

A faixa etária adulta foi eleita como foco do estudo, por sua maior porcentagem da população, como ilustra a figura 2. Segundo projeções realizadas, a partir dos últimos censos do IBGE, haverá uma inversão da pirâmide etária no município, com aumento da terceira idade, em detrimento dos jovens, nas próximas duas ou três décadas. Logo, devido ao previsível envelhecimento da população, é necessário conhecer os fatores de adoecimento de tais indivíduos, que serão maioria dos pacientes atendidos nos serviços de saúde locais.

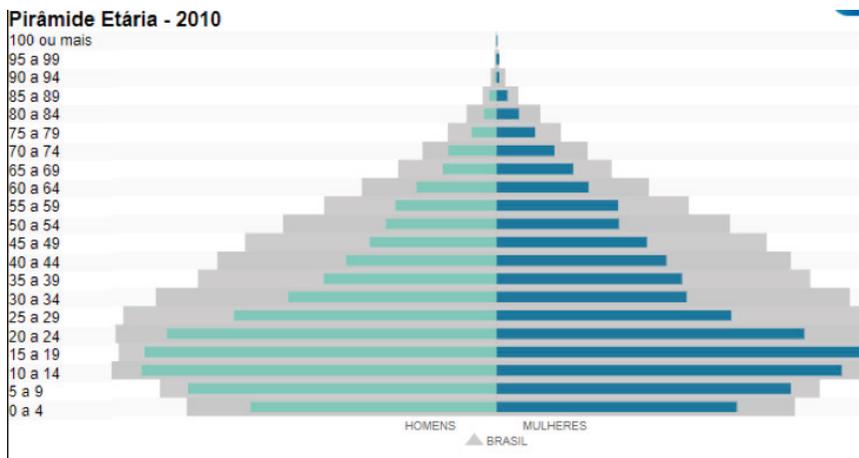


Figura 2: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/chapada-do-norte.html>

## COLETA DE DADOS

Os dados estão disponíveis para verificação em relatórios públicos no endereço eletrônico do Ministério da Saúde/SISVAN: <http://aps.saude.gov.br/ape/vigilanciaalimentar/sisvan> e podem ser acessados com recortes de pesquisa por estado, região, município, Unidade Básica de Saúde (UBS) e faixa etária. Os dados, captados pelas ESF, são inseridos na plataforma do ministério da saúde pelo gestor municipal, responsável por alimentar o sistema com os dados durante o decorrer dos anos. Somado a isso, os dados também podem ser compostos pelo e-SUS Atenção Primária e também pelo Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde, que compõem os relatórios do Sisvan e demonstram a situação alimentar e nutricional da população atendida<sup>7</sup>.

Segundo resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do conselho nacional de saúde, não há necessidade de autorização pelo comitê de ética, porque os resultados já estão disponíveis no site do SISVAN para consulta pública.

## RESULTADOS

Os dados obtidos nesse estudo estão divididos em ano de pesquisa e abrangem todo o município. Existe divergência do número total de indivíduos durante os anos, pois em algum deles o município superou a meta de amostragem mínima (de 46% sobre a população do último censo) solicitada pelo ministério da saúde. Essa discordância não interfere nos resultados já que foram analisados em números absolutos e também relativos. É possível observar um aumento de peso na faixa etária pesquisada com o decorrer do tempo analisado, principalmente, nos últimos dois anos.

Na tabela 2 podemos observar que, enquanto os considerados com “baixo peso” vêm em ritmo de queda, após 2018, indo de 4,73% naquele ano, para 3,51%, em 2021, o número de indivíduos que ganharam peso, aumentou. No outro extremo da observação, a “Obesidade grau III”, teve um aumento de 204%, passando de 0,47%, em 2015, para 1,49%, em 2021. Os pacientes considerados com “Obesidade grau II”, em 2015, eram 1,73% da amostra, já em 2021, esse índice chegou a 3,23%, ou seja, teve um aumento de 115%. O mesmo se repete na categoria “sobrepeso”, que sofreu aumento de 23,78%, saindo de 25,35%, em 2015, e chegando a 31,38%, em 2021.

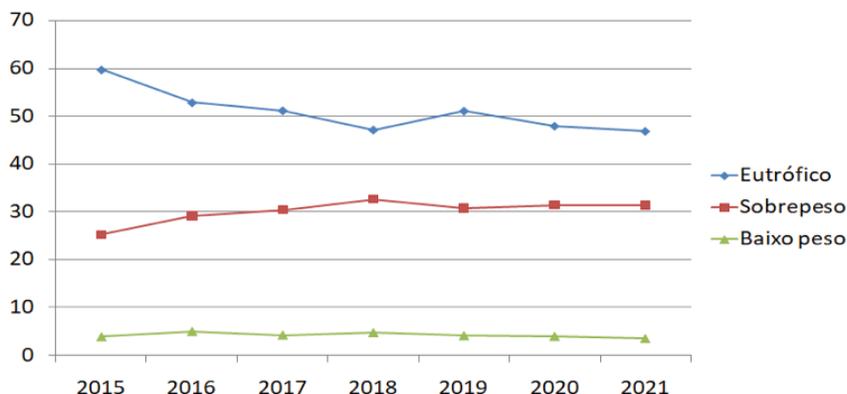
Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice  
Faixa etária: Adulto Ano 2015-2022

Ano	Baixo peso		Adequado ou Eutrófico		Sobrepeso		Obesidade Grau I		Obesidade Grau II		Obesidade Grau III		Total
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	
2015	83	3.87%	1.280	59.76%	543	25.35%	189	8.82%	37	1.73%	10	0.47%	2.142
2016	89	4.98%	945	52.85%	522	29.19%	169	9.45%	43	2.4%	20	1.12%	1.788
2017	107	4.21%	1.300	51.18%	774	30.47%	260	10.24%	70	2.76%	29	1.14%	2.540
2018	118	4.73%	1.176	47.12%	815	32.65%	284	11.38%	67	2.68%	36	1.44%	2.496
2019	106	4.1%	1.320	51.1%	796	30.82%	273	10.57%	67	2.59%	21	0.81%	2.583
2020	67	3.96%	810	47.93%	532	31.48%	197	11.66%	59	3.49%	25	1.48%	1.690
2021	113	3.51%	1.506	46.84%	1.009	31.38%	435	13.53%	104	3.23%	48	1.49%	3.215

Tabela 2- Estado nutricional adultos 2015-2022

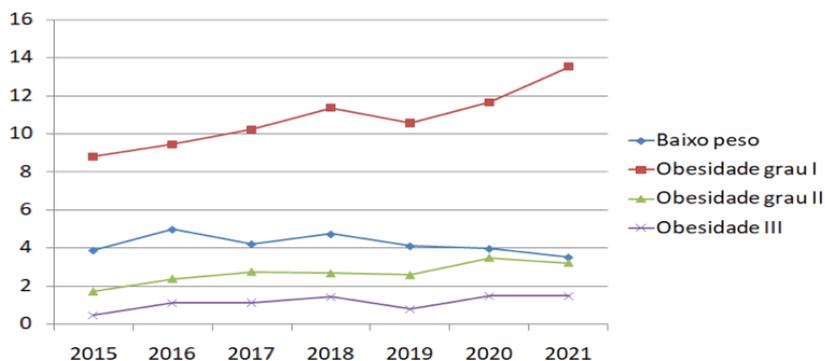
No gráfico-1, podemos observar, de forma mais didática, a tendência do grupo “Eutrófico” em sofrer pouca variação, não ultrapassando 1 %, de 2020 a 2021. Esse grupo está estatisticamente estável, desde 2017. Analisando o grupo dos classificados como de “Peso adequado”, é possível verificar uma variação maior, com aumento de quase 5%, entre os anos de 2015 até 2017, permanecendo praticamente imutável nos anos seguintes. Também no gráfico, a categoria “Baixo peso” se manteve, em estudo geral, em contínua queda de aproximadamente 10 pontos percentuais saindo de 59,76 % em 2015 para 46,84% em 2021.

Gráfico 1- Estado nutricional de indivíduos(%) x 2015 - 2021



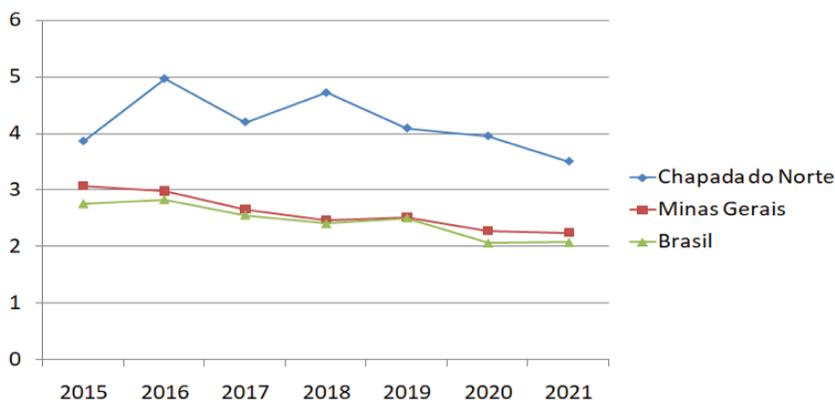
No gráfico 2 o que chama atenção é a curva crescente de indivíduos classificados com “Obesidade Grau I”. O aumento seguiu tímido nos anos iniciais estudados, sofreu uma queda entre 2018 a 2019, e, novamente, iniciou uma onda de crescimento, de 28%, a partir de 2020 até 2021.

Gráfico 2- Indivíduos nos extremos de peso (%) x 2015 - 2021



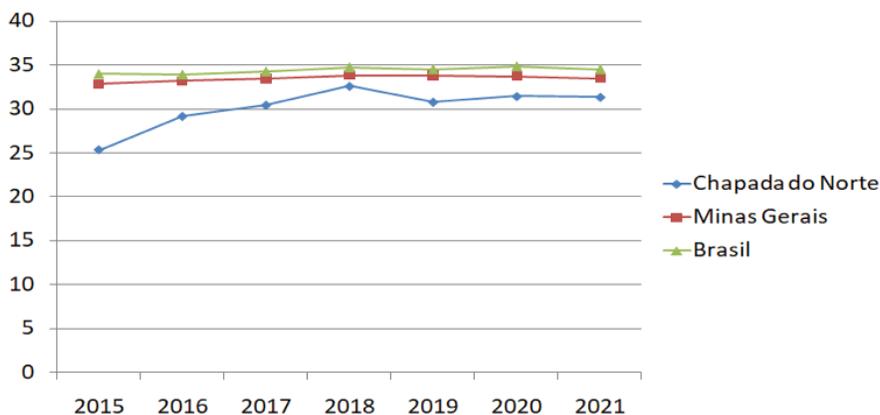
Como já esperado, incluindo na análise o fato de ter o segundo pior IDH do Estado, o município permaneceu acima da média nacional e estadual no quesito “Baixo peso”. Apesar disso, é possível observar uma diminuição de 9,3% na taxa, que foi de 3,87%, em 2015, para 3,51%, em 2021.

Gráfico 3 Indivíduos com baixo peso(%)x2015/2021



Comparando os dados municipais obtidos, com aqueles pertencentes ao Estado mineiro, observa-se se uma prevalência menor de indivíduos diagnosticados com sobrepeso ou obesidade, em todos os anos observados. Mesmo menor, a taxa permanece em crescimento relevante, assim como nos dados estaduais e municipais. De 2015 a 2021, o Brasil permaneceu praticamente estável, saindo de 34,03% de indivíduos com “Sobrepeso”, para 34,56%, um crescimento de 1,1%, irrelevante, em termos estatísticos da amostra. No gráfico 4, observam-se dados estaduais semelhantes aos nacionais para a mesma categoria. Enquanto isso, a amostra em foco do estudo possui uma média menor que a nacional (aproximadamente de 8 a 10 pontos percentuais), mas em constante crescimento.

Gráfico 4 Indivíduos com Sobrepeso(%)x2015/2021



Em outras categorias dos números nacionais e estaduais, como a obesidade, em todos os três tipos, graus I, II e III, observa-se também um aumento, principalmente, nos últimos dois anos, exemplificados nos gráficos 6, 7 e 8. Já no gráfico 5, o número de eutróficos é maior, na análise municipal, em relação à comparação das porcentagens mineiras e do restante do país.

Gráfico 5 Indivíduos eutroficos(%x2015/2021

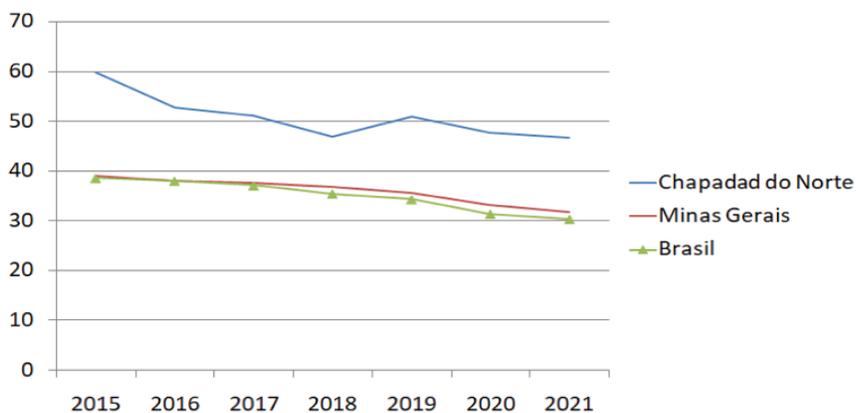


Gráfico 6 Indivíduos com obesidade grau I(%x2015/2021

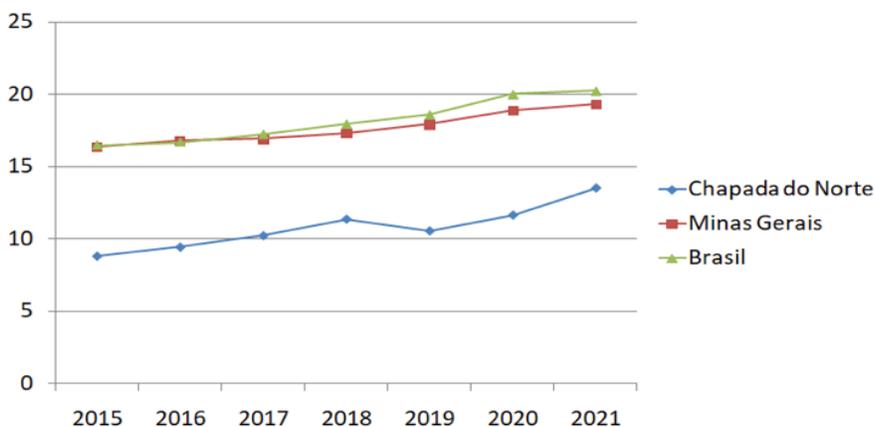


Gráfico 7 Indivíduos com obesidade grau II(%x2015/2021

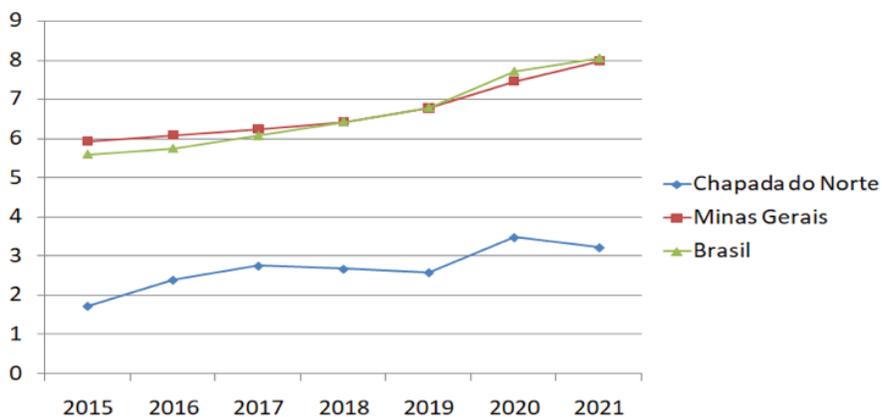
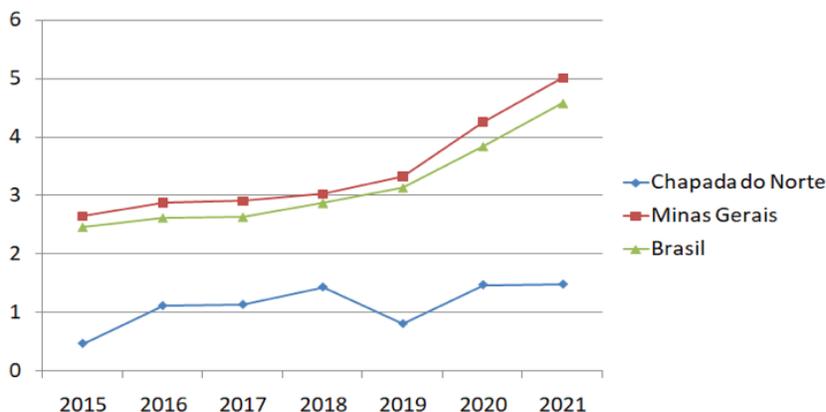


Gráfico 8 Indivíduos com obesidade grau III(%x2015/2021



## DISCUSSÃO

Analisando os achados obtidos neste estudo, podemos perceber que, apesar de possuir taxas menores que a média nacional para todas as categorias com distúrbios nutricionais, a amostra demonstra franco crescimento na média de peso e que esse aumento foi acentuado nos dois últimos anos. Existe uma propensão explícita nessa pesquisa, assim como descrito por Mazur e Navarro (2015), em seu estudo nacional sobre o tema, apontando para um número de pessoas obesas ultrapassando o total de indivíduos com baixo peso. Os fatores que justificam essa mudança são variados e incluem a mudança nos hábitos alimentares ao estilo de vida mais sedentário da população em geral, além da relação direta com a renda per capita e acesso à informação em saúde e implantação e aperfeiçoamento da atenção primária na região.

Tais números também são condizentes com os estudos que apontam para a tendência de ganho de peso da população mundial a partir da década de 80<sup>a</sup>. As taxas de obesidade vêm crescendo em todos os países, e pesquisas recentes associam o aumento de doenças, e de outros fatores, até ao consumo insuficiente de micronutrientes indispensáveis como as vitaminas e minerais, assim como descrito por Cembranel, F., (2017).

Em termos práticos, o aumento das medidas antropométricas encontradas reflete o franco e lento adoecimento da população adulta do município em estudo, já que a obesidade permite o aumento das morbimortalidades, tendo impacto importante na qualidade de vida, principalmente na população adulta, causando danos também no desenvolvimento socioeconômico do SUS na região, tendo como resultado os custos relacionados ao tratamento das agudizações de casos crônicos e conseqüentes hospitalizações e afastamentos do trabalho<sup>9</sup>.

De acordo com Souza, et. al., (2018), três, em cada quatro mortes no Brasil, são lideradas pelas doenças crônicas não transmissíveis e são causadas, principalmente,

pelas doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, e por complicações do diabetes. A doença isquêmica cardíaca permaneceu em primeiro lugar na fila das principais causas de morte do início da década de 90 a 2015, seguida pela doença cerebrovascular. O Diabetes não fica de fora dessa listagem, aparecendo em quinto lugar em 2015. Todas essas são comorbidades interligadas com os hábitos alimentares dos pacientes.

Muito antes da morte do indivíduo, as principais comorbidades associadas à obesidade como a hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, dislipidemia, diabetes tipo 2, conduzem o indivíduo a utilizar, em diversos momentos, os serviços de saúde<sup>10</sup>. Inferindo esses números, além dos cuidados já necessários para cada uma dessas condições de saúde, a obesidade, e até mesmo o sobrepeso, devem ser considerados como fatores influentes no agravamento de tais condições. O aumento das medidas antropométricas da população em estudo pode elevar a demanda dos serviços de saúde para os agravos citados, exigindo, portanto, um plano de ação em cuidados em saúde que incluam, obrigatoriamente, as medidas antropométricas como um dos eixos principais do tratamento desses pacientes<sup>8,10</sup>.

Outra possível justificativa, principalmente, para a maior porcentagem de obesos nos últimos dois anos é a atual pandemia de Covid 19, decretada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 20 de março de 2020. Para contenção da disseminação do vírus Sars-Cov-2 (novo corona vírus), foi instituído pelo Brasil e demais países afetados, a realização de *lockdowns* e distanciamento social. Contidos em casa, muitos indivíduos diminuíram ainda mais a prática de atividades físicas, essenciais para a manutenção do peso. Também nesse período o último relatório da Plataforma Integrada em Vigilância em Saúde (Vigitel 2020), apontou para um maior consumo de alimentos hiperprocessados, ricos em açúcares e gorduras, o que também contribuiu para o resultado encontrado na população em questão.

Elevação no resultado da balança não reflete apenas uma observação negativa, já que o município conseguiu diminuir sua taxa de cidadãos considerados com baixo peso. Essa categoria está em franca queda em todos os anos analisados. Nota-se essa melhora, que seguindo a tendência nacional, insinua uma evolução em um dos principais indicadores de pobreza do país: o óbito por desnutrição, principalmente, infantil. A amostra está com uma média de 41% de pessoas classificadas com peso abaixo do ideal, acima dos dados do restante do país e 37% acima dos resultados na mesma categoria, para o Estado de Minas Gerais. Não era esperado um resultado diferente, já que o município, como já descrito, possui uma renda per capita baixíssima<sup>5, 13</sup>.

Por falta de censo nos últimos anos e a não correção do IDH do município desde 2010, não é possível relacionar a influencia deste dado com os dados obtidos, assim como, defendido por inquéritos anteriores que afirmam que um baixo IDH possui relação direta com outros fatores como a insegurança alimentar<sup>11</sup>. Apesar desse obstáculo, pode-se inferir a influência negativa que o baixo desenvolvimento socioeconômico, o segundo pior índice do Estado, impõe sobre o resultado da balança, elevando, acima da média nacional, os números referentes aos pacientes com “baixo peso”, assim como na crescente prevalência daqueles classificados com sobrepeso e obesidade.

## CONCLUSÃO

A população observada por esse estudo apresentou progressivo ganho de peso no decorrer dos últimos seis anos, especialmente nos dois últimos anos, nos quais se enfrentou a pandemia de Covid 19. Identificou-se também, entre 2015 e 2021, a tendência linear negativa na categoria que agrupa sujeitos desnutridos, ilustrando assim, a mudança estrutural socioeconômica, presente também no restante do Brasil, de menores taxas de desnutrição e aumento da porcentagem de cidadãos acima do peso. Uma consequência direta será a maior prevalência de agravos e morbimortalidades dos indivíduos portadores de doenças crônicas relacionadas com aumento das medidas antropométricas da população, em detrimento daquelas infecto-contagiosas.

Com a análise crítica dos dados desse estudo, fica nítida a importância de se conhecer o estado nutricional de uma população, com a qual se deseja realizar um trabalho de promoção da saúde na atenção, principalmente, na primária, do SUS. Portanto, fica clara a importância de métodos que permitam a evidenciação de dados, como os disponibilizados pelo SISVAN, bem como a necessidade de mais investimentos que aprimorem a cobertura e eficiência de tais sistemas, objetivando melhorias nas políticas públicas em saúde, principalmente em sua principal base, a prevenção.

## REFERENCIAS

- 1-Brasil. Ministério da Saúde (MS). Indicadores de Vigilância Alimentar e Nutricional: Brasil 2006 Brasília: MS; 2009.
- 2-WHO. World Health Organization. (1998). Obesity: Preventing and managing the global epidemic – Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO.
- 3-ANJOS, L.A. Índice de Massa Corporal (kg/m<sup>2</sup>) como indicador do estado nutricional de adultos: uma revisão da literatura. Revista Saúde Pública, v. 26, p.1 p-Brasil. Ministério da Saúde (MS). SISVAN: Orientações básicas para coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde Brasília: MS; 2011
- 4- ROUQUAYROL, M.Z, ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e saúde. 6. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- 5- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico. Rio de Janeiro: IBGE; 2010
- 6- World Health Organization. Physical status: the use of and interpretation of anthropome - try. Geneva: World Health Organization; 1995. (Report of a WHO Expert Committee).
- 7- Ferreira CS, Cherchiglia ML, César CC. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como instrumento de monitoramento da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant 2013; 13(2):167-177
- 8- Sousa, M. F. M. et. al., (2018). Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva.

9-Cembranel, F., et. al., (2017). Relação entre consumo alimentar de vitaminas e minerais, índice de massa corporal e circunferência da cintura: estado de base populacional com adultos do Brasil. Cad. Saúde Pública.

10- Mazur, C. E. & Navarro, F. (2015). Insegurança alimentar e obesidade em adultos: Qual a relação? Saúde. 41(2)

11- Cabral, M. J., et. al., (2013). Perfil socioeconômico, nutricional e de ingestão alimentar de beneficiários do Programa Bolsa Família. Estudos Avançados.

12- Vigitel Brasil 2019. (2020). Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito não telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde.

13- <http://aps.saude.gov.br/ape/vigilanciaalimentar/sisvan>- disponível em 20/06/2022

14- Cembranel, F., et. al., (2017). Relação entre consumo alimentar de vitaminas e minerais, índice de massa corporal e circunferência da cintura: estado de base populacional com adultos do Brasil. Cad. Saúde Pública.

15- Sousa, M. F. M. et. al., (2018). Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva.

16- Martins, J. J. (2015). Como escrever trabalhos de conclusão de curso: instruções para planejar e montar, desenvolver, concluir, redigir e a apresentar trabalhos monográficos e artigos. 9 ed. - Petrópolis, RJ: Vozes.

17- Nascimento, F. A.; Silva, S. A. & Jaime, P. C. (2017). Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. Cadernos de Saúde Pública.431-436, 1992..

18- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: MS; 2010.

**ANDRÉ RIBEIRO DA SILVA:** Professor Pesquisador vinculado aos Programa de Pós-graduação em Ciências do Comportamento (PPG-CdC), Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) e Núcleo de Estudos em Educação e Promoção da Saúde (Nesprom) do Centro de Estudos Avançados e Multidisciplinares (CEAM), da Universidade de Brasília (UnB). Orientador de Mestrado no PPG-CdC, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família pela Faculdade de Medicina e Pós-Graduação em Governança Pública de Sistemas e Serviços de Saúde da Universidade de Brasília. É Coordenador pedagógico do Curso de Especialização em Governança Pública de Serviços e Sistemas em Saúde. Lidera a linha de pesquisa do grupo de pesquisa Nesprom: Trabalho-Educação, Juventude(s) e Tecnologias da Informação e Comunicação. É membro do Grupo de Estudos Interdisciplinares em Saúde Coletiva GEISC da Universidade Federal de Rondônia. É Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília (CEP CHS UnB). Tem experiência em coordenação pedagógica, gestão e supervisão de projetos em Educação em Saúde, promovidos pela UnB, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Participa como colaborador Ad Hoc de projetos em saúde pública, através do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS). Tem experiência como editor chefe, membro de conselho editorial de periódico científico internacional, nacional e de editora. É colaborador Ad Hoc da Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos (FINATEC) e Fundação de Apoio a Pesquisa do Distrito Federal (FAP-DF). Tem como linha de pesquisa a educação em saúde.

<http://lattes.cnpq.br/5028921287123224>

<https://orcid.org/0000-0002-2167-9345>

**JITONE LEÔNIDAS SOARES:** Doutor em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB). Mestre e Licenciado em Educação Física pela Universidade de Brasília (UnB). Professor Pesquisador Pleno na UnB, é docente no Programa de Mestrado Profissional em Educação Física ProEF/UnB e no Programa de Pós-graduação em Ciências do Comportamento (PPG-CdC) do Departamento de Processos Psicológicos Básicos (PPB) do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (IP-UnB). É docente na SEEDF - Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal e na Reitoria do ISCP Instituto Superior de Ciências Policiais da PMDF, desenvolvendo o PDI Plano de Desenvolvimento Institucional da instituição. É professor no Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares - CEAM-UnB, no Núcleo de Estudos em Educação e Promoção da Saúde, nas disciplinas: Aprendizagem e Desenvolvimento Motor Humano 2 e Promoção da Saúde 3. É Especialista em Planejamento, Implementação e Gestão de Educação a Distância pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Especialista em Inovação em Mídias Interativas pela Universidade Federal de Goiás (UFG), Especialista em Gestão Pública pela Universidade Federal

de Goiás (UFG), Especialista em Educação Aberta e Digital pela Universidade Aberta de Portugal (UAberta) e Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Há 18 anos atua na Educação a Distância da Universidade de Brasília e participou da criação do site do Centro de Memória da Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília (CEMEFEF-UnB). Foi professor substituto da Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília - FEF-UnB (2017, 2022 e 2023), tendo ministrado as disciplinas: Aprendizagem e Desenvolvimento Motor; Fundamentos do Desenvolvimento e Aprendizagem Aplicados a Educação Infantil e Ensino Médio; Estágio Supervisionado 1, Educação Física e Práticas Corporais; Seminário de Pesquisa em Educação Física, Estágio Ensino Médio e EJA; Teorias do Lazer; Educação Física: Leis, Normas e Políticas. Participou da implementação dos cursos de Educação Física a Distância da Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília (FEF-EaD-UnB), sendo o Pró Licenciatura e UAB - Universidade Aberta do Brasil. Foi Coordenador Pedagógico da Especialização em Equoterapia da FEF-UnB. Foi coordenador de produção de EaD em Saúde na UNASUS-UnB - Universidade Aberta do SUS, e orientador no curso de Especialização em Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília. Foi coordenador de Produção de EaD no Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde (ECoS), da Faculdade de Ciências da Saúde (FS/UnB). Tem experiência em EaD no setor público em projetos Nacionais e Internacionais em Inglês e Espanhol, coordenando a produção tecnológica de cursos online para o Ministério da Saúde, ONU - Organização das Nações Unidas - ONU Mulheres, OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde e OMS - Organização Mundial da Saúde. Foi professor membro da Coordenação da Comunidade Virtual de Aprendizagem e de Práticas do Departamento de Psicologia da UnB. Atuou como gerente e coordenador de produção de cursos online no Centro de Educação a Distância da Universidade de Brasília CEAD-UnB. Criou EaD na Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde e foi gerente de produção de EaD do programa de voluntariado do Governo Federal para a copa do mundo da FIFA Brasil 2014 do Ministério do Esporte, além de projetos para o Ministério da Educação, INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, Ministério da Justiça, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Ministério do Trabalho e Emprego, Coordenadoria de Capacitação e Educação - PROCAP-UnB, Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, Escola Virtual da Associação Nacional dos Auditores da Receita Federal (EV-ANFIP). Tem interesse por: Educação Física, Aprendizagem e Desenvolvimento Motor, Neurociências e Educação a Distância.

<http://lattes.cnpq.br/4164323373412245>

<https://orcid.org/0000-0001-7246-7759>

**SILVIA EMANOELLA SILVA MARTINS DE SOUZA:** Professora e Pesquisadora no Núcleo de Estudos em Educação e Promoção da Saúde do Centro de Estudos Avançados e Multidisciplinares da Universidade de Brasília. Mestra em Ciências Médicas pela Universidade de Brasília - UnB. Especialista em MBA em gestão

Hospitalar pela Universidade Unyléia (2016). Especialista em Enfermagem em Cardiologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás / PUC-GO (2007). Foi responsável pela implementação Comissão Intra - Hospitalar de Doação de órgãos e Tecidos para Transplante CIHDOTT em 2012 e posterior a unidade de Gerenciamento de Doação de órgãos e tecidos para Transplante / CGDT até 2015. Atuou como coordenadora da Unidade Coronariana até 01/2018. Atuou como coordenadora da Unidade de Dor torácica até 12/2018. Responsável pela implementação do serviço de remoção do serviço (2013), no qual conciliou sua coordenação até 12/2018. Coordenadora do Programa de Pós-graduação de Enfermagem em Cardiologia (2016). Foi instrutora do Suporte Básica de vida, pela AHA. Foi membro representativo da unidade executora da Comissão de residência multiprofissional / COREMU, bem como na preceptoría da residência de Enfermagem. Participou do projeto melhorando a segurança do paciente em larga escala, pelo PROADI-SUS, além de pertencer a diversas comissões intrahospitalar. Desde 12/2019 participou do projeto de implantado da UTI do DFSTAR um modelo de hospital prêmio no qual coordena este serviço até o presente momento.

<http://lattes.cnpq.br/6474312061866550>

<https://orcid.org/0000-0003-1851-2154>

**A**

Agentes comunitários de saúde 2, 8, 9, 10, 18, 41, 43, 44, 47, 72, 76, 84, 125, 127, 137

Alimentação 36, 38, 39, 66, 79, 81, 82, 83, 87, 88, 89, 92, 94, 96, 100, 101, 103, 104, 105, 110, 129, 130, 137, 147, 148

Antropométrico 136

Atenção primária à saúde 5, 15, 29, 30, 32, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 54, 55, 57, 60, 63, 73, 74, 75, 77, 83, 93, 94, 105, 106, 107, 108, 116, 117, 120, 123, 134

Atendimento 4, 9, 15, 18, 19, 23, 25, 26, 27, 31, 33, 34, 35, 36, 39, 45, 46, 47, 48, 50, 52, 53, 73, 74, 82, 83, 89, 90, 95, 113, 121, 125, 133

**C**

Carlos matus 15, 16, 18, 55, 56, 58, 61, 62, 68

Chapada do Norte 15, 16, 21, 22, 23, 24, 26, 135, 136, 137, 138

Consulta 15, 19, 25, 26, 31, 34, 35, 45, 46, 47, 48, 49, 106, 115, 121, 125, 140

Coronavirus 1, 106, 107

Cuidado 3, 5, 17, 25, 44, 46, 49, 50, 53, 56, 57, 59, 64, 70, 71, 72, 75, 80, 81, 90, 92, 93, 96, 103, 105, 111, 112, 115, 116, 122, 123

**D**

Desnutrição 81, 85, 86, 136, 137, 146, 147

Diabetes mellitus 83, 97, 98, 99, 100, 103, 118, 121, 128, 129

Dor crônica 15, 23

DORT 15, 16, 17, 18, 19, 20, 26, 27, 108, 109

**E**

Educação em saúde 1, 3, 5, 6, 8, 14, 27, 38, 39, 79, 81, 82, 83, 87, 89, 94, 103, 106, 112, 113, 117, 119, 130, 131, 132, 134, 149

Equipe multiprofissional 8, 12, 15, 68, 102, 105, 137

Especialização em saúde da família 32, 42, 55, 56, 64, 120, 150

Estimativa rápida participativa 55, 56, 59, 62, 63, 64, 65, 75

Estratégia saúde da família 2, 18, 29, 30, 32, 33, 40, 53, 57, 63, 73, 75, 76, 77, 79, 82, 89, 92, 94, 95, 103, 108, 109, 120, 122

**F**

Fator de risco 29, 37, 46, 83, 97, 106, 110

**G**

Grupos de saúde 1, 3, 4, 7, 12, 13

**H**

Hiperdia 3, 9, 12, 113, 114

Hipertensão arterial 17, 29, 32, 33, 37, 38, 39, 40, 45, 46, 79, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 97, 98, 99, 100, 103, 106, 107, 108, 109, 111, 112, 114, 117, 118, 121, 128, 134, 137, 146

**I**

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 14, 45, 104, 137, 147

**L**

Locomoção 41, 49, 51, 52

**M**

Ministério da saúde 6, 14, 18, 30, 43, 53, 76, 82, 90, 101, 103, 105, 117, 135, 137, 140, 147, 148, 149, 150

**N**

Nutricional 31, 34, 35, 36, 38, 90, 94, 102, 103, 104, 135, 136, 137, 139, 140, 141, 147, 148

**O**

Obesidade 38, 65, 81, 83, 85, 86, 87, 90, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 128, 131, 132, 135, 136, 139, 141, 142, 143, 145, 146, 148

**P**

Participação da comunidade 1, 4, 95

Planejamento 1, 7, 8, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 29, 30, 32, 33, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 83, 84, 93, 104, 105, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 133, 134, 149, 150

Planejamento estratégico situacional 29, 33, 56, 58, 60, 63, 64, 68, 75, 76, 79, 84, 104, 105

Programa Mais Médicos 81

Programa Previne Brasil 43, 44, 45, 47, 49

Promoção da saúde 1, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 13, 14, 33, 37, 38, 41, 42, 46, 77, 79, 83, 92, 93, 95, 136, 147, 149, 150

**R**

Restrição física 41

Reunião de equipe 55, 63, 66, 72, 73, 74, 75, 77, 121

**S**

Saúde 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 127, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 145, 146, 147, 148, 149, 150

Saúde da mulher 3

Saúde do idoso 3, 41

Seminário integrador 55, 56

Síndrome dispéptica 119, 125, 126, 127, 128, 131, 132

Sistema único de saúde 5, 16, 20, 27, 30, 31, 32, 53, 54, 57, 75, 77, 78, 82, 101, 107, 117, 120, 133, 136, 147, 148

Sisvan 135, 136, 137, 138, 139, 140, 147, 148

Sobrepeso 96, 98, 100, 104, 135, 136, 139, 141, 143, 146

**U**

Unidade básica de saúde 1, 2, 3, 12, 15, 16, 17, 18, 55, 56, 58, 59, 60, 68, 69, 72, 75, 92, 93, 118, 130, 140

Unidade de Saúde da Família 41, 76, 120, 130, 133

Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde 16, 107

Universidade de Brasília 1, 15, 16, 29, 41, 55, 76, 79, 92, 106, 107, 119, 135, 149, 150

# ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA:

MODELOS DE PLANOS DE AÇÕES NO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 2

 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)

 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

# ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA:

MODELOS DE PLANOS DE AÇÕES NO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 2

 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

 @atenaeditora

 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](http://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)