

Diagnóstico Situacional de uma Unidade de Saúde da Família em um município do interior baiano – Brasil

Situational Diagnosis of a Family Health Unit in a municipality in the interior of Bahia – Brazil

Alessandra Moreno de Souza

Bacharel em Saúde, graduanda em psicologia pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil;
E-mail: alessandrasam14@gmail.com; ORCID: 0009-0007-5678-3787

Marcos Venicius Gomes de Sá

Bacharel em Saúde, graduanda em psicologia pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil;
E-mail: marcosvenicius@aluno.ufrb.edu.br; ORCID: 0000-0003-3008-7664

Roseane de Oliveira Mercês

Nutricionista pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil;
E-mail: mercesroseanne@gmail.com; ORCID: 0000-0001-7368-2143

Flávia Helen de Souza Nascimento

Nutricionista pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Pós-graduada em Nutrição e Saúde Coletiva e Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente, Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil;
E-mail: flavia.hsn@hotmail.com; ORCID: 0000-0002-0987-3970

Jerusa da Mota Santana

Professora Adjunta na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil;
E-mail: jersanutri@ufrb.edu.br; ORCID: 0000-0002-8920-0097

Paula Hayasi Pinho

Professora Adjunta no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil;
E-mail: pphinho@ufrb.edu.br; ORCID: 0000-0001-8922-0699

Contribuição dos autores:
AMS, MVGS, ROM e FHSN
contribuíram para a coleta,
análise dos dados e escrita de
todas as etapas do manuscrito.
JMS e PHP atuaram como
supervisor da pesquisa,
auxiliando em todas as etapas,
inclusive na revisão final do
manuscrito. Todos se
responsabilizam pelo conteúdo
do artigo.

Conflito de interesses: Os
autores declaram não possuir
conflito de interesses.

Recebido em: 17/07/2023

Aprovado em: 09/04/2024

Editor responsável: Jacks
Soratto

Resumo: O uso do Diagnóstico Situacional (DS) enquanto instrumento de trabalho contribui para um rastreamento estruturado que engloba os aspectos da saúde, à educação, estilo de vida, saneamento, segurança, transporte e habitação. Esse estudo consiste em um relato de experiência proveniente da realização de um Diagnóstico Situacional de uma Unidade de Saúde da Família localizada no interior da Bahia, para a coleta de dados utilizou-se dados secundários e primários, além de observação participante. A sistematização dos dados relevantes para a construção do DS foi realizada por meio de tabelas e gráficos, elaborados com o auxílio do Excel 2010. As informações provenientes da observação participante foram registradas minuciosamente em diários de campo e analisadas de forma qualitativa. Os resultados revelaram que a maior parte dos domicílios (90,87%) possui energia elétrica, tratamento de água (92,53%) e coleta de lixo (71,80%), a maioria da população assistida pelo serviço de saúde é do sexo feminino (55,5%), com faixa etária entre 35 a 59 anos (37,2%) e com escolaridade menor ou igual ao ensino fundamental (48,9%). Os principais problemas de saúde identificados no território são: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes e excesso de peso. A Unidade de Saúde da Família é composta pelas Equipes de Saúde da Família, Equipe de Saúde Bucal e Equipes de Apoio. Experimentar a construção de um diagnóstico situacional permitiu a construção de um olhar crítico-reflexivo crucial para o futuro profissional, uma vez que concebe a experiência do real, do concreto.

Palavras-chave: Gestão em saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégias de Saúde Nacionais

Abstract: The use of Situational Diagnosis (SD) as a working tool contributes to structured tracking that encompasses aspects of health, education, lifestyle, sanitation, safety, transport and housing. This study consists of an experience report from carrying out a Situational Diagnosis of a Family Health Unit located in the interior of Bahia. Secondary and primary data were used to collect data, in addition to participant observation. The systematization of relevant data for the construction of the SD was carried out using tables and graphs, prepared with the help of Excel 2010. The information from participant observation was recorded in detail in field diaries and analyzed qualitatively. The results revealed that the majority of households (90.87%) have electricity, water treatment (92.53%) and garbage

collection (71.80%), the majority of the population assisted by the health service is from female (55.5%), aged between 35 and 59 years old (37.2%) and with less than or equal to primary education (48.9%). The main health problems identified in the territory are: Systemic Arterial Hypertension, Diabetes and excess weight. The Family Health Unit is made up of the Family Health Teams, Oral Health Team and Support Teams. Experiencing the construction of a situational diagnosis allowed the construction of a crucial critical-reflexive outlook for the professional future, as it conceives the experience of the real, the concrete.

Keywords: Health Management; Primary Health Care; National Health Strategies

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, resultado do processo de redemocratização do Brasil, foi responsável por estabelecer uma política de proteção social abrangente, por meio de reivindicações conduzidas principalmente pelos diversos movimentos da sociedade civil que pautaram o tema da saúde, como um direito imprescindível de todo ser humano. Dessa forma, entendendo o contexto histórico brasileiro em que os processos de saúde-doença se resumiam a práticas assistencialistas e excludentes, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se enquanto um balizador no que tangencia aos avanços na legislação e criação de políticas públicas, um símbolo da luta pela democracia e justiça social¹.

De acordo com as leis 8.080 e 8.142 de 1990, é papel do SUS garantir um acesso universal e igualitário aos seus usuários a partir de ações focadas na promoção, proteção e recuperação da saúde de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. Com o objetivo de romper com os modelos verticalizados e hegemônicos do cuidado, a Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) consiste no principal meio de acesso aos serviços de saúde e está no centro da comunicação da Rede de Atenção em Saúde (RAS)².

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), fruto do desdobramento e consolidação do SUS, prevê que AB deve caracterizar-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito não só individual, mas também, e sobretudo,

coletivo, tendo em vista desenvolver uma atenção integral que considere o sujeito em sua singularidade e cultura³. Dentre os serviços da AB, destacam-se as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Saúde da Família (USF), dentre as quais, encontra-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), composta por uma equipe multidisciplinar responsável por qualificar e consolidar a AB, favorecendo a efetividade no cenário da saúde dos indivíduos e das coletividades, por meio da melhoria da oferta dos serviços de saúde³.

Nesse contexto, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) Gestão e Assistência, em parceria com a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), surge como um importante mecanismo para qualificar e preparar futuros profissionais para atuarem de acordo com as premissas do SUS, ao permitir que estejam inseridos nos serviços de saúde com profissionais de uma equipe multiprofissional desde a graduação trabalhando a partir da interprofissionalidade.

Ações como a do PET objetivam auxiliar no aprimoramento dos serviços ofertados na AB por meio das ações de promoção à saúde e estratégias de cuidado psicossocial a partir do exercício interprofissional, tendo como direcionamento a inclusão das carências identificadas nos serviços para pautar a criação de tecnologias e pesquisas nos espaços de ensino⁴.

Para tanto, se faz necessário a organização do processo de trabalho em equipe, baseando-se no diagnóstico dos problemas de saúde mais prevalentes na população coberta. O uso do Diagnóstico Situacional (DS) como instrumento da APS contribui para um rastreamento estruturado, contemplando aspectos relacionados à saúde, educação, estilo de vida dos usuários de saúde, saneamento, segurança, transporte e habitação, aos quais a população está submetida, nortando assim o planejamento, a tomada de decisões, e as estratégias de ações, de atendimento da ESF de referência^{5,6}. Assim, a análise dessas informações sistematizadas poderá fornecer subsídios às práticas de vigilância, com vistas às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças no território municipal.

Portanto, a relevância deste estudo se soma à importância de se compreender o território, para uma melhor implementação dos serviços em saúde que atenda às necessidades da população com eficiência e qualidade. Este estudo tem como objetivo apresentar, por meio de um relato de experiência, o DS de uma USF em um município do interior da Bahia.

METODOLOGIA

O Relato de Experiência (RE) resulta da construção prévia de um DS de uma USF, vinculado ao PET Saúde, realizado entre setembro a dezembro de 2022, por estudantes bolsistas de graduação dos cursos de Nutrição e Psicologia de uma universidade pública do interior da Bahia. Esses foram acompanhados por duas preceptoras do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) sob supervisão de duas docentes. Objetivou-se compreender a estruturação da USF, o perfil da comunidade atendida, bem como a Equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (eNASF-AB).

O RE é um tipo de registro metodológico acadêmico em que experiências são descritas e discutidas. Consiste em uma apresentação, e por meio da linguagem, representa a experiência única, dinâmica, e receptiva aos antagonismos⁷.

O DS ocorreu em uma USF localizada em um município do interior da Bahia. Este município está situado no Recôncavo da Bahia, a 111 km de Salvador. De acordo com o último censo de 2010, possui 985 mil habitantes e cerca de 261,740 km² de extensão territorial⁸.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)⁹, o município possui 24 USF que realizam um conjunto de ações de saúde visando a promoção, manutenção da saúde e prevenção de agravos a fim de proporcionar atenção integral, no âmbito individual e/ou coletivo.

Para a coleta dos dados, utilizou-se de dados primários e secundários. Assim, foi realizado diálogo com informantes-chave (Agentes Comunitárias de Saúde e enfermeira), registrados em diários de campo, análise de dados agregados oriundos do e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) e observação participante. Para o diálogo com os informantes-chave utilizou-se um roteiro

semiestruturado, a fim de nortear a conversa, com questões referentes aos aspectos gerais da unidade e do território, tais como: principais demandas, facilidades e dificuldades na estrutura da USF, oferta de atividades grupais, etc.

Os dados secundários, relativos ao perfil socioeconômico e demográfico da comunidade atendida, como as condições de moradia e saneamento básico, a situação de saúde e os meios de transporte foram traçados a partir da análise de informações provenientes do Relatório Consolidado da Situação de Território, emitido pela SMS, por meio do sistema e-SUS APS. A sistematização dos dados relevantes para a construção do DS foi realizada por meio de tabelas e gráficos, elaborados com o auxílio da ferramenta Excel 2010. As informações provenientes da observação participante foram registradas minuciosamente em diários de campo e analisadas de forma qualitativa.

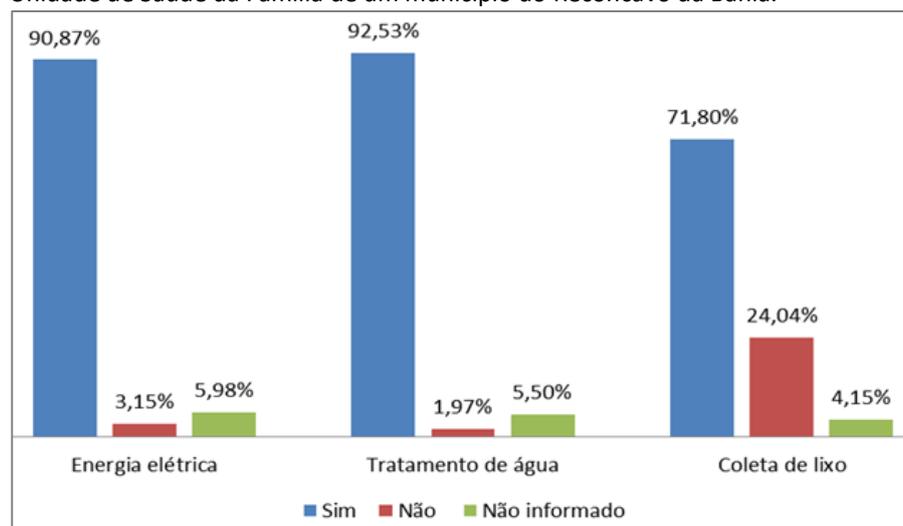
Sendo assim, os bolsistas vivenciaram a rotina da USF por um período de 4 meses, observando a caracterização física da unidade, os recursos humanos, os serviços e as especialidades ofertadas, bem como a observação do fluxo de atendimento e de como se estabelecem as relações interpessoais dentro da unidade.

DESENVOLVIMENTO

Caracterização do território

A comunidade em que se situa a USF possui 5.181 domicílios, sendo um destes situado em área rural. Estão cadastrados 6.752 usuários de saúde e existem 6726 cidadãos ativos⁸. Em relação a situação de moradia e saneamento dos indivíduos onde situa-se a USF de estudo, percebe-se conforme Gráfico 01, que a maior parte dos domicílios (90,87%) possui energia elétrica, tratamento de água (92,53%) e coleta de lixo (71,80%). Dentre os principais meios de transporte utilizados pela população, destacam-se ônibus municipais e veículos particulares.

Gráfico 01. Situação de moradia e saneamento básico dos domicílios assistidos pela Unidade de Saúde da Família de um município do Recôncavo da Bahia.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2023.

Em relação a estrutura física da USF, a mesma foi construída em alvenaria, possuindo térreo e primeiro andar. As repartições estão caracterizadas na Tabela 01.

Tabela 01. Repartição e caracterização da estrutura física da Unidade de Saúde da Família de um município do Recôncavo da Bahia, 2022.

Térreo	
Recepção	Local utilizado para a recepção e direcionamento dos usuários de saúde de acordo com a demanda, bem como para armazenamento de documentos como prontuários e cadernos de registro de atividades;
Sala de espera	Reservada para os indivíduos aguardarem atendimento;
Almoxarifado	Utilizado para armazenamento de produtos para uso diário da unidade de saúde, como itens higiene e limpeza;
Sala de triagem	Local em que são coletadas informações básicas dos usuários de saúde, como peso, estatura, pressão arterial, queixa principal;
Sala de vacina	Onde ocorre o armazenamento e administração de vacinas de rotina e provenientes de campanhas.
Sala de coleta	Utilizado para coleta de amostras para exames laboratoriais, bem como testagem para COVID-19 e testes rápidos de Sífilis, HIV, Hepatites, dentre outros.
Sala de curativo	Onde são realizados os curativos de feridas crônicas e agudas e retirada de pontos no âmbito da atenção básica;
Farmácia	Armazenamento e distribuição de medicamentos;
Consultórios	1 de enfermagem, 1 para atendimento médico e 1 odontológico.
Sala das ACS	Local em que as ACS se reúnem para discussão de demandas. Esta sala também é utilizada para outras atividades como atendimento dos profissionais do NASF juntamente com estagiários.
Banheiros	1 para uso de funcionários e 1 para usuários de saúde da unidade de saúde.
Lavanderia	Espaço destinado à higienização de materiais como pano de chão.

Primeiro Andar	
Salão amplo	Este local destina-se a reuniões entre as equipes, como também favorece os encontros com determinados grupos presentes na unidade.
Cozinha	Lugar reservado para refeições, lanches e cafés dos funcionários da unidade.
Sala de agente de endemias	Local destinado ao trabalho dos agentes de endemias presentes na unidade, bem como armazenamento de materiais.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

Quanto aos recursos humanos da USF, esta possui duas Equipes de Saúde da Família, uma Equipe de Saúde Bucal e Equipes de Apoio, dados expostos na Tabela 02.

Tabela 02. Recursos Humanos da Unidade de Saúde da Família de um município do Recôncavo da Bahia, 2022.

Variáveis	N	
Duas Equipes de Saúde da Família		
Médico	02	
Enfermeira	02	
Técnica em enfermagem	01	
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	10	
Agente de limpeza	01	
Assistente farmacêutica	01	
Auxiliar médica	01	
Recepcionistas	02	
Equipe de Saúde Bucal		
Cirurgiã-dentista	01	
Auxiliar técnica em saúde bucal	01	
Equipes de Apoio		
Agentes de Combate a Endemias	01	
	Nutricionista	01
	Psicóloga	01
NASF-AB	Farmacêutica	01
	Assistente social	01
	Educadora física	01
	Fisioterapeuta	01
Total	29	

Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

A maioria da população assistida pela USF é do sexo feminino (55,5%), na faixa etária de 35 a 59 anos (37,2%), raça cor preta/parda (75,7%), escolaridade menor ou igual ao ensino fundamental (48,9%) e não estão inseridos no mercado de trabalho (29,9%) (Tabela 03).

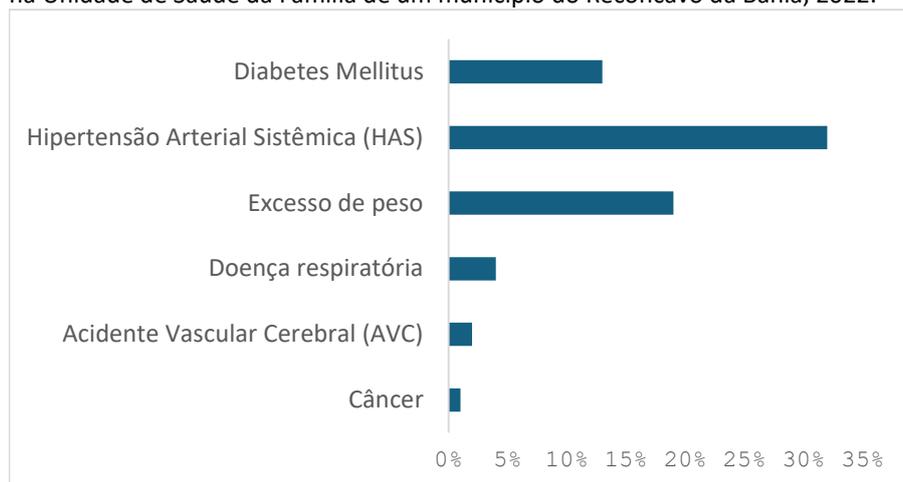
Tabela 03. Caracterização socioeconômica e demográfica da comunidade assistida pela Unidade de Saúde da Família de um município do Recôncavo da Bahia, 2022.

Variáveis	N	(%)
Sexo		
Feminino	3735	55,5
Masculino	2991	44,4
Faixa etária		
≤ 14 anos	1205	17,9
15 a 34 anos	2010	29,9
35 a 59 anos	2501	37,2
60 a 79 anos	834	12,4
≥ 80 anos	176	2,6
Raça/cor		
Branca	1406	20,9
Preta	1750	26
Amarela	157	2,3
Parda	3344	49,7
Não informado	69	1,0
Escolaridade		
≤ Ensino fundamental	3287	48,9
Ensino médio	1468	21,8
Ensino superior/especialização	458	6,8
Alfabetização para adultos	22	0,3
Nenhum	169	2,5
Não informado	1322	19,6
Situação no mercado de trabalho		
Empregador	24	0,3
Assalariado com CLT	963	14,3
Assalariado sem CLT	281	4,2
Autônomo	691	10,3
Aposentado/pensionista	672	9,9
Desempregado/não trabalha	2012	29,9
Servidor público/militar	189	2,8
Outros	101	1,5
Não informado	1793	26,6
Total	6726	99,9

Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

Em relação aos principais problemas de saúde da população assistida na USF, no ano de 2022, observou-se maior prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (32%), seguida de excesso de peso (19%) e diabetes (13%). Os problemas de saúde menos prevalentes foram: doença respiratória (4%), acidente vascular cerebral (2%) e câncer (1%) (Gráfico 02).

Gráfico 02. Prevalências dos principais problemas de saúde da população assistida na Unidade de Saúde da Família de um município do Recôncavo da Bahia, 2022.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2023.

A maioria dos domicílios situados na área de abrangência da USF possui energia elétrica, tratamento de água e coleta de lixo. Esse dado vai de encontro a realidade de outras cidades baianas sobre a situação de disponibilidade e acesso a água, recolhimento de lixo e saneamento básico. Sabe-se que as condições sanitárias adequadas dos domicílios são consideradas fator de proteção contra a ocorrência de óbitos infantis para cada mil nascidos vivos. Assim um maior número de residências com água encanada e coleta de lixo em condições sanitárias regulares, fará com que os índices de mortalidade infantil sejam menores⁹, justificando assim a importância de maiores investimentos nessa área, uma vez que seus benefícios são amplos e múltiplos para a saúde pública.

No que diz respeito aos aspectos relacionados ao mercado de trabalho, os dados evidenciaram uma determinada heterogeneidade em termos socioeconômicos. Parte dos indivíduos residentes no território constituem-se como pessoas assalariadas com Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) enquanto uma outra parcela encontra-se em situação de desemprego. Ademais, sob um olhar crítico-reflexivo, o território onde situa-se a unidade estudada se configura como um espaço diverso, pois embora existam casas populares, há também muitos condomínios particulares, o que indica uma disparidade socioespacial e de renda no local.

É possível que essa desigualdade dialogue diretamente com a construção sócio-histórica a qual se deu a constituição do Brasil enquanto nação, a exclusão social enquanto ferramenta política de segregação gera

consequências até os dias atuais. As residências em locais de risco, às margens, em morros e favelas no Brasil, embora essa não seja a realidade da população deste estudo, reafirmam para além de uma desassistência e negligência por parte do Estado brasileiro, uma intencionalidade em manter determinadas pessoas em situações de vulnerabilidade¹⁰.

Ademais, as pessoas que vivem nesses espaços, isto é, residências comuns, geralmente fazem parte de um grupo étnico-racial específico, são pessoas negras de baixa renda, que embora maioria nesse país, ainda ocupam os piores espaços no mercado de trabalho e os menores salários, quando comparados a população branca¹¹. Em consonância a isso, Carvalho¹² afirma que, os aspectos étnicos raciais e a cor da pele podem ser fatores que viabilizam ou inviabilizam a participação nos recursos sociais do estado, explicitando que as disparidades sociais apontam de modo as assimetrias raciais, sendo assim, as iniquidades raciais se manifestam no acesso injusto aos benefícios e direitos existentes na sociedade.

Essa heterogeneidade do território permite analisar o papel do SUS como norteador nas articulações entre saúde e estrutura social. Assim, considera-se como um contraponto na diminuição nas diferenças evitáveis e injustas nos serviços de saúde permitindo a sua utilização por todas as classes sociais o que fomenta a implementação de serviços de saúde universais e equânimes¹³.

Estrutura física da USF e Recursos Humanos

A estrutura em uma unidade de saúde corresponde aos recursos materiais e humanos, sendo a sua adequação a garantia da acessibilidade dos usuários aos serviços ofertados e a qualidade da assistência, bem como a melhoria das condições de trabalho da equipe¹⁴. Desse modo, a PNAB prevê que é responsabilidade comum a todas as esferas de governo, viabilizar a infraestrutura necessária para o funcionamento das UBS³.

Assim, o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família, seguindo os princípios da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 50/ Anvisa/fevereiro/2002, que discorre a respeito da Regulamentação técnica para planejamento, programação e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS), se mostra importante

material, visto que busca fortalecer a ESF evidenciando elementos imprescindíveis para que a estrutura física das UBS e USF sejam promotoras de saúde¹⁴.

De acordo com a PNAB³, recomenda-se que as USF disponibilizem minimamente de espaços como: sala para guarda e dispensa de medicamentos; laboratório; sala de vacina; consultório médico; consultório de enfermagem; sala de procedimentos; banheiro público; banheiro para os funcionários; cozinha; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; expurgo; e, havendo a necessidade de profissionais de saúde bucal, o consultório odontológico juntamente com a equipe será obrigatório³.

Em relação à estrutura física da unidade estudada, identificou-se que a mesma apresenta todos os requisitos mínimos exigidos. No entanto, observou-se que apesar de ampla, a falta de planejamento prévio não favorece o acolhimento dos usuários na unidade por se tratar da adaptação de uma antiga residência. Por esse motivo, a USF se resume a um corredor, juntamente com salas escuras, quentes e com eco, o que prejudica a comunicação durante os atendimentos, salas de espera, rodas de conversa e palestras. Além disso, a escada que liga o térreo ao primeiro andar dificulta o acesso de usuários de saúde que possuem alguma limitação, como por exemplo, idosos, pessoas com deficiência, pessoas com mobilidade reduzida e gestantes (Diário de Campo, 19/09/2022).

Tais elementos se assemelham com os dados analisados por Moreira¹⁵ nas unidades do estado de Minas Gerais. Os autores identificaram que há uma avaliação negativa a respeito dos equipamentos e infraestrutura das USF na visão das equipes de saúde da família. Verificou-se que a carência de um espaço físico adequado interfere na privacidade dos diálogos com os usuários, aspecto que tende a apresentar-se como fator prejudicial aos atendimentos.

Em outro estudo realizado por Bousquat¹⁶ avaliando a estrutura das UBS brasileiras, foi identificado que a região nordeste apresenta o maior número de unidades em condição regular, isto é, unidades que, melhorando as suas instalações e ampliando os seus materiais e serviços, alcançariam o padrão de referência com baixo investimento.

No que se refere aos recursos humanos, a USF onde foi realizado o estudo possui duas equipes multiprofissionais composta por 14 funcionários, sendo distribuídos em Equipe de Saúde da Família; Equipe de Saúde Bucal; e Equipes de Apoio, como agente de endemias e NASF-AB. Dessa forma, verificou-se que tais dados se apresentam em consonância com o que preconiza a PNAB segundo a realidade epidemiológica, institucional e das necessidades em saúde da população compreendida.

A portaria nº 2.436 de setembro de 2017², dispõe que a AB deve ser ofertada de modo integral e gratuito a todas as pessoas, considerando as suas necessidades e as demandas do território a partir dos determinantes e condicionantes em saúde. Assim, considerando a realidade epidemiológica local, os produtos e serviços oferecidos pela USF resumem-se em: planejamento familiar, assistência à saúde bucal, assistência médica, acompanhamento de pré-natal, imunização, testes rápidos, atividades com grupo Hiperdia e saúde masculina, saúde da criança, visitas domiciliares, exame preventivo e puericultura.

Perfil da população atendida

Sendo a APS porta de entrada para os serviços de saúde no SUS, a acessibilidade à AB se constitui como importante via de análise dos aspectos multidimensionais que configuram o cuidado em saúde, assim para planejar e direcionar as ações se faz necessário primeiramente conhecer a realidade em que determinada população está inserida, bem como a dinâmica de organização dos serviços e unidades básicas de saúde e os principais condicionantes para o processo de saúde e doença¹⁷.

Observou-se que o perfil da população geral da cidade do estudo, compreende uma diversidade, todavia os dados não se distanciam expressivamente quando comparados com a realidade de outras populações no Brasil. Verificou-se que a população geral do bairro é composta majoritariamente por pessoas do sexo feminino, na faixa etária entre 35 a 59 anos e com escolaridade menor ou igual ao ensino fundamental, a maioria se autodeclara negra (pretos e pardos).

Essa realidade das mulheres sendo as maiores frequentadoras dos serviços dialoga com os dados nacionais do Ministério da Saúde¹⁹, que indica que entre as 17,3 milhões de pessoas, de 18 anos ou mais de idade, que procuraram um serviço da Atenção Primária nos seis meses que antecederam à entrevista, 69,9% eram mulheres, 35,8% tinham entre 40 a 59 anos de idade, 60,9% eram pretas ou pardas; 65,0% eram cônjuges.

O maior acesso das mulheres a estes serviços revela aspectos que se configuram como construções de gênero sobre o que é ser mulher e o que é ser homem na sociedade, algo que, sem dúvida, atravessa os modos de cuidado em saúde. Diversos comportamentos socialmente construídos têm ocasionado em uma resistência masculina em buscar os serviços, sobretudo no que diz respeito à atenção básica e, conseqüentemente, às unidades de saúde e a participação nos programas ofertados¹⁹.

Barbosa²⁰, pontua que a baixa acessibilidade da população masculina aos serviços de atenção primária constitui um problema de saúde pública, mesmo estando mais propensos a doenças graves e crônicas e sobretudo a morte precoce quando comparado às mulheres. Sendo esse um cenário geral, vale destacar a necessidade de ações voltadas para o público masculino, que culturalmente resiste em ir aos serviços de saúde, com vistas à prevenção de doenças e agravos nesse grupo, que possui diversas necessidades singulares.

Um estudo realizado por Sousa¹⁹ em uma USF, no município de Feira de Santana-BA, revelou que homens não valorizam os cuidados preventivos e buscam os serviços de saúde de modo tardio, uma vez que essa busca só acontece caso a doença impossibilite o seu trabalho ou se apresente como algo grave. Somado a isso, em Campina Grande - PB, observou-se que um maior acesso aos serviços da APS por parte deles está relacionado a uma sua situação desfavorável de renda, além disso, eles não veem a APS como primeira opção para atendimento em saúde, não estão satisfeitos com a eficiência dos serviços, dada a demora para o atendimento, e a busca pelo atendimento denota fragilidade além de sentirem-se envergonhados em procurar o serviço²¹.

Condição de saúde

No que tange às principais demandas de cuidado em saúde da população em estudo, as doenças crônicas como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o excesso de peso e a Diabetes Mellitus (DM) são as doenças mais prevalentes. Estudo²² que avaliou 384 usuários adultos, de 13 (UBS's) de Carapicuíba, em São Paulo, identificou que o sobrepeso era uma das principais doenças crônicas (31,97%) e constatou que 37,85% dos avaliados eram obesos.

Tanto a HAS quanto a DM são problema de saúde com fatores de risco semelhantes e de modo recorrente estão presentes em prevalência elevada em outros territórios brasileiros, o aumento dessas duas doenças exige na AP ações de promoção da saúde, prevenção e de acompanhamento desses pacientes considerando que são doenças crônicas^{23,24}.

Para Francisco²⁵ as doenças crônicas estão principalmente relacionadas ao estilo de vida e podem ser prevenidas e tratadas pelas eSF a partir do acompanhamento e recomendação de atividades físicas e hábitos alimentares. Embora haja evidências de que a HAS e a DM sejam as doenças crônicas mais prevalentes na população de estudo, é importante destacar as questões relativas ao sofrimento psíquico, sobretudo a ansiedade. Sabe-se que, no contexto pós pandêmico, a saúde mental da população de modo geral foi afetada negativamente e a demanda por serviços psicológicos/psiquiátricos aumentaram bastante atualmente, conforme salientado por um dos informantes-chaves.

Segundo Duarte²⁶ os efeitos negativos das medidas de distanciamento social, oriundos da pandemia de COVID-19, impactaram diretamente ou indiretamente na saúde mental da população ao causar sentimentos de raiva, preocupações, perdas financeiras e até sintomas de estresse pós-traumático. O cenário anterior, de uma certa forma, agravou a situação de saúde mental das pessoas no contexto pós pandemia²⁷.

Nesse sentido, é possível que o etilismo esteja relacionado de algum modo com os aspectos da saúde mental. Estudos evidenciam associação direta entre o uso abusivo de álcool e os transtornos mentais, bem como o aumento do uso de álcool durante o isolamento social em decorrência da pandemia²⁸; sendo essa realidade ainda mais caótica no público masculino.

Na unidade de saúde do estudo em questão, existe um percentual significativo de pessoas que fazem uso de álcool de modo excessivo, de acordo com os relatos das informantes-chave. É nessa conjuntura que o tema ganha mais relevância, uma vez que o uso de bebidas alcoólicas está relacionado a mais de 230 tipos de doenças e agravos em saúde²⁸.

Ações de prevenção de doenças e promoção da saúde

Uma das premissas da AB caracteriza-se pela prevenção de doenças e agravos em saúde, atuando de modo a oferecer ações educativas também em atividades coletivas. Nesse aspecto, o NASF tem papel fundamental, uma vez que busca fortalecer o protagonismo dos grupos sociais³.

Quanto às atividades em grupo na unidade analisada, atualmente há três grupos terapêuticos, denominados: Grupo de homens, Grupo de prosa e Grupo de Gestantes. A maioria dos participantes do grupo de homens apresenta demandas referentes ao tabagismo e ao uso de álcool, enquanto o grupo de prosa é formado por mulheres da terceira idade e tem como intuito promover um espaço de diálogo e troca, semelhante a proposta do grupo de gestantes, sendo este considerado um momento imprescindível para elucidação de dúvidas e reflexões a respeito da gestação e dos aspectos subjetivos, sociais e culturais sobre o gestar.

Os momentos em grupos são importantes ferramentas de cuidado. De acordo com um estudo realizado em 2019 a respeito das práticas de grupos no NASF-AB, sob a perspectiva do usuário, foi identificado que a satisfação em participar de momentos e atividades em grupo garante melhor relação entre o paciente e o profissional/equipe, aspecto que contribui para a integralidade do cuidado, princípio primordial da AB segundo a PNAB. Ainda para as autoras, as atividades promovem troca de experiências, diálogos e reflexões, configura-se enquanto excelente estratégia na socialização dos indivíduos e na prevenção e promoção da saúde²⁹.

Uma pesquisa-ação realizada por Domingues, Pinto e Pereira³⁰, evidenciaram a relevância dos grupos nas redes da AB, sobretudo no período gravídico-puerperal, explicitando que momentos como esses são fundamentais na promoção de autoestima, bem-estar e construção de

vínculo seguro, bem como espaços favoráveis de lazer, fortalecimento e autocuidado para gestantes.

Contribuições como essas também estão presentes nos estudos de Sangioni, Patias e Pfitscher³¹ que afirmam que ações coletivas na AB em saúde auxiliam na ampliação do olhar a respeito das dimensões biopsicossociais dos processos saúde-doença, distanciando-se do modelo biomédico e medicalizante de cuidado.

Segundo a pesquisa de Vendruscolo³², basear o trabalho nos atendimentos em grupo e nos Projetos Terapêuticos Singulares permite que os profissionais de apoio matricial sejam inovadores e mais abertos para as demandas que surgem.

Ainda assim, de acordo com os pontos analisados neste estudo, foi possível observar que existe uma enorme resistência para a concretização dos trabalhos em grupo, principalmente por parte dos médicos. Ademais, os próprios usuários do serviço parecem resistentes a esse modelo de atendimento (Diário de Campo, 19/09/2022). Nesse sentido, a lógica individualista que ainda constitui o principal modo de funcionamento dos serviços de saúde por vezes atrapalha a realização de um cuidado integral em saúde, visto que a atenção à saúde dos usuários fica limitada a uma única perspectiva profissional (Diário de Campo, 19/09/2022).

Adicionalmente, pôde-se perceber no início dos trabalhos e idas a campo, que a prática cotidiana dos profissionais do NASF estava voltada aos atendimentos individuais, com o fim de minimizar a grande demanda por serviços nutricionais e psicológicos. Posteriormente, essa realidade foi alterada e retornaram as premissas do NASF, as quais englobam apoio matricial com dimensão técnico pedagógica e dimensão assistencial, juntamente com as eSF/eAB³³.

Desafios para implementação de um atendimento próximo daquilo que se espera na perspectiva do NASF, também foram relatadas em outro trabalho. Dentre as dificuldades apareceram: o demasiado número de tarefas e necessidade de cumprir as metas que dão subsídio às avaliações quanto ao que foi produzido no trabalho dos médicos e enfermeiros; a facilidade e/ou

dificuldade de cada categoria profissional em compartilhar algumas ações; a formação e a experiência de cada um dos profissionais; as condições da população do território e da gestão local, bem como a insuficiência para resolver as demandas existentes da população local que gera sobrecarga dos serviços em todas as esferas de atenção à saúde³⁴.

CONCLUSÕES

Observou-se que a APS em sua amplitude possui relevância na vida das pessoas que utilizam a USF. Essa unidade cobre um território composto por uma população majoritariamente feminina, e apesar de possuir uma estrutura preservada, não beneficia o acolhimento e a privacidade necessária nos atendimentos e grupos, considerando que as salas são muito próximas e não há um bom isolamento acústico. Somado a isso, encontra-se o fato de que a sala para atividades em grupo não garante a acessibilidade para idosos ou pessoas com mobilidade reduzida, uma vez que se situa no primeiro andar.

Sobre as demandas em saúde que se destacam na área que a unidade cobre, a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são as mais prevalentes, sendo também uma preocupação o número de usuários que estão acima do peso e os que fazem uso de bebida alcoólica.

Experenciar a construção de um DS, ora relatada neste estudo, possibilitou aprimorar a compreensão a respeito da estrutura de uma USF, das equipes de saúde que dela fazem parte, do perfil sociodemográfico de uma população e das condições de saúde da comunidade atendida. Essa experiência demonstrou que, embora exista uma proposta bem detalhada sobre o que deveria ser o NASF, na prática a maioria dos atendimentos acontece de forma individualizada, o que permitiu a compreensão de que os espaços são permeados por tensionamentos necessários, frente a algumas perspectivas que ainda são influenciadas por uma medicina hegemônica e biologicista centrada na doença.

Ainda que desafiadora, a prática permite a construção de um olhar crítico-reflexivo crucial para o futuro profissional, uma vez que concebe a experiência do real, do concreto. Assim, mostra-se evidente a relevância de relatos como este, na medida em que compartilham experiências locais e

apresentam inovações e desafios enfrentados no campo da APS. Entretanto, salienta-se, ainda, a necessidade de mais estudos que avaliem a estruturação das USF, a composição das equipes de saúde e o perfil sociodemográfico e das condições de saúde da população a fim de angariar melhorias na rede e, conseqüentemente, na saúde pública brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990.
2. 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) [citado 23 nov. 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
4. Castaneda L. O Cuidado em Saúde e o Modelo Biopsicossocial: apreender para agir. CoDAS. 2019;31(5).
5. Neta MAL, Vasconcelos MIO. Diagnóstico situacional de idosos com diabetes mellitus em um município do interior do Ceará, Brasil. Rev Bras Geriat Gerontol. 2020;23(1).
6. Rezende AC, Biazini CSH, Miranda MM, Carvalho LEM, Castro RC, Almeida LMR, Wanderlin. Diagnóstico Situacional da Unidade Básica de Saúde Barreiro de Cima, Trabalho Científico - Grupo Tutorial Barreiro de Cima do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.
7. Daltro MR, FARIA AA. Relato de experiência: uma narrativa científica na pós-modernidade. Estud Pesqui Psicol. 2019;19(1):223-37.
8. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010: síntese das etapas da pesquisa. Rio de Janeiro, RJ; 2010.
9. Brasil. Ministério da Saúde. CNES-DATASUS. Brasília, 2023. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>
10. Heringer R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. Cad Saude Publica. 2002;18:57-65.
11. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). PNAD Contínua 2017: “aponta que brancos detêm maiores salários e são menos atingidos pelo desemprego”. 2017.
12. Carvalho CHR. TD 2198 - Desafios da mobilidade urbana no Brasil. Brasília: Ipea, 2016 (TD - Texto para Discussão IPEA).
13. Paim JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS. Bol Inst Saude. 2010;12(2):109–14.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

15. Moreira KS, Lima CA, Vieira MA, Costa SM. Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na atenção básica. *Cogitare Enferm.* 2017;22(2).

16. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça MHM, Gagno J, d'Ávila ALV. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad Saude Publica.* 2017;33(8):e00037316.

17. de Mendonça GJMG, de Albuquerque CCP, de Lima EGDP, Rocha GD, Pereira SF, Melo AMB, Neto M de BM, de Lima ES, Marques FC, de Oliveira GA, de Sá ANP. A utilização do diagnóstico situacional para o planejamento das ações na ESF/ The use of situational diagnosis for action planning in the ESF. *Braz J Health Rev* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun. 01];4(2):8170-84. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/28118>

18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil – 2020 [internet]. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

19. Sousa AR, Queiroz AM, Florencio RMS, Portela PP, Fernandes JD. Homens nos serviços de atenção básica à saúde: repercussões da construção social das masculinidades. *Rev Bai Enferm.* 2016;30(3):1-10.

20. Barbosa YO. Acesso dos homens aos serviços de atenção primária à saúde. *Revista de Enfermagem UFPE online*, [S.l.]. 2018 [citado 31 jan. 2023];12(11):2897-905. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237446>

21. Alves NA, Coura AS, França ISX, Magalhães IMO, Rocha MA, Araújo RS. Acesso de primeiro contato na atenção primária: uma avaliação pela população masculina. *Rev Bras Epidemiol* [online]. 2020 [citado 31 jan. 2023];23:E200072. doi:10.1590/1980-549720200072.

22. Silva MEA, Reichert APS, Souza SAF, Pimenta EAG, Collet N. Doença crônica na infância e adolescência: vínculos da família na rede de atenção à saúde. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2018;27(2):e4460016. doi:10.1590/0104-070720180004460016.

23. Guibu IA, de Moraes JC, Guerra Jr AA, Costa EA, Acurcio F de A, Costa KS, et al. Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2017;51(Supl 2):17s. doi:10.11606/S1518-8787.2017051007070.

24. Araujo F, Silva KC, Reis EJFB, Oliveira APC, Anjos RO, Silva VF. Perfil epidemiológico de uma comunidade coberta pela Estratégia de Saúde da Família em Salvador - BA. *APS Rev*, [S. l.]. 2022 [citado 30 jan. 2023];4(3):208–14. doi: 10.14295/aps.v4i3.206. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/206>

25. Francisco PMSB, Segri NJ, Borim FSA, Malta DC. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2018;11:3829–40. doi:10.1590/1413-812320182311.29662016.

26. Duarte M de Q, Santo MA da S, Lima CP, Giordani JP, Trentini CM. COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cienc*

Saude Colet [Internet]. 2020;25(9):3401–11. doi:10.1590/1413-81232020259.16472020.

27. Nabuco G, Pires de Oliveira MHP, Afonso MPD. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde? Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2020 [citado 15 mai. 2023];15(42):2532. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2532>.

28. Garcia LP, Sanchez ZM. Consumo de álcool durante a pandemia da COVID-19: uma reflexão necessária para o enfrentamento da situação. Cad Saude Publica [Internet]. 2020;36(10):e00124520. doi:10.1590/0102-311X00124520.

29. Fernandes ETP, Souza MNL, Rodrigues SM. Práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: perspectiva do usuário. Physis Rev Saude Colet. 2019;29(1):e290115,

30. Domingues F, Pinto FS, Pereira VM. Grupo de gestantes na atenção básica: espaço para construção do conhecimento e experiências na gestação. Rev Fac Cien Med Sorocaba. 2018;20(3):150-4.

31. Sangioni LA, Patias ND, Pfitscher MA. Psicologia e o Grupo Operativo na Atenção Básica em Saúde. Rev SPAGESP. 2020;21(2):23-40.

32. Vendruscolo C, Ferraz F, Tesser CD, Trindade LL. Núcleo ampliado de saúde da família: espaço de interseção entre atenção primária e secundária. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2019;28:e20170560. doi:10.1590/1980-265X-TCE-2017-0560.

33. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF): Minicurso 2 ed. p. 54, 2017.

34. dos Santos RAB de G, Uchôa-Figueiredo L da R, Lima LC. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. Saude Debate [Internet]. 2017Jul;41(114):694–706. doi:10.1590/0103-1104201711402.