



TERRITORIALIZAÇÃO DA USF JOSÉ COELHO PEREIRA - ALTO DA COLINA

JACQUES DANIEL FIRMINO DA SILVA; JEFFERSON FREITAS DE AZEVEDO;
LUCIANO DE ALBUQUERQUE MELLO; RAFAEL RAMOS TELES; LUIS AUGUSTO
BRAZ DO VALES

RESUMO

O intuito deste trabalho é conhecer o território em que a Unidade de Saúde da Família (USF) José Coelho Pereira, localizada em Jaboatão dos Guararapes – PE, está inserida, fazendo-se elemento importante para elaboração de estratégias que visem à melhoria dos serviços de saúde para a população. Para isso, o google Maps foi utilizado para verificar a delimitação das 9 microáreas e a marcação das instituições existentes em cada uma delas, além disso foi feito formulários para que os agentes de saúde de cada microárea da USF repassassem os dados necessários e, por conseguinte, o grupo saiu à campo para mapear os determinantes sociais da região (escolas, igrejas, pontos de acúmulo de lixo, esgoto à céu aberto, feiras, praças, farmácias entre outros). Esses instrumentos auxiliam no processo de planejamento e execução de atividades durante a coleta de informações e no conhecimento da população adstrita. Com isso, os resultados foram a identificação do quantitativo de cidadãos inseridos na abrangência da unidade, como resultado se percebeu que a demanda estava maior do que é preceituado como ideal dentro da Estratégia de Saúde da Família, e a relação espaço-doença de alguns grupos de maior vulnerabilidade, como hipertensos e diabéticos. Relativo a esses dois últimos, ficou perceptível que as microáreas 2 e 4 têm maior número de hipertensos e as microáreas 4 e 6 têm maior número de diabéticos. Dessa forma, esse estudo permite reorganizar as práticas em saúde, pautando-as na especificidade daquela comunidade, que é o público-alvo, e na humanização conforme as necessidades locais dos indivíduos.

Palavras-chave: Atenção Primária; Estratégia de Saúde da Família; Território.

1 INTRODUÇÃO

A Portaria Nº 2.436, que aprova a Política Nacional de Atenção Primária à Saúde, em seu artigo 2º, conceitua que “Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária”(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Portanto, preceitua as ações que irão possibilitar o primeiro acesso dos usuários aos serviços de saúde gratuitos, universais e de qualidade; sendo considerada “porta de entrada” do Sistema Único de Saúde. Assim, a partir de tal disposto é nítido a centralidade da territorialização para que as equipes da atenção básica desenvolvam planos de ação específico para a comunidade delimitada.

Com isso, esse trabalho visa à realização de uma territorialização da Unidade de Saúde José Coelho Pereira, localizada em Jaboatão dos Guararapes – PE. Logo, esse trabalho busca delimitar as 9 microáreas existentes pertencentes a Unidade de Saúde da Família - José Coelho Pereira, entendendo como as equipes de saúde da família são distribuídas e demarcando os principais pontos nesses espaços de convívio social e comunitário.

Esse material é imprescindível para mapear determinantes sociais, possíveis patologias e suas distribuições espacialmente, assim como correlacionar a atuação da equipe básica em tal contexto. Em seguida, a partir da análise crítica dos dados apurados, será criada e realizada uma ação de intervenção por este grupo na USF José Coelho Pereira com intuito de dar um retorno social à comunidade em que os estudantes atuaram, isso será narrado neste trabalho a partir de um breve relato de experiência.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho foi realizado a partir de uma metodologia quantitativa com aplicação de formulários, entrevistas aos agentes de saúde da unidade, saída ao campo para registro fotográfico, revisão bibliográfica para análise das doenças e comorbidades, google acadêmico e visita a sites oficiais. O intuito desses métodos foi retratar a saúde da população local e adstrita à unidade de saúde familiar, para isso foi utilizada a ferramenta Google Maps para realizar o mapeamento das microáreas no referido território.

Para o fornecimento e a coleta de dados almejados neste trabalho, foram utilizados dois questionários, um geral e outro com levantamento específico. O primeiro, o qual contém informações gerais relativas à unidade, foi preenchido por uma servidora da unidade que é Agente Comunitário de Saúde, no entanto, devido à falta de recepcionista, atua também na recepção e cuidado dos dados da USF. Já o segundo questionário é mais específico, pois trata de doenças e comorbidades de interesse do grupo. Tais informações são enviadas para a ACS responsável por meio de aplicativo de mensagens, advindas do trabalho comunitário de cada agente, e uma parte se encontra na unidade em documentos físicos preenchidos pelos servidores.

A coleta de dados foi realizada do dia 02 de setembro, primeira ida a USF, ao dia 25 de novembro do mesmo ano, nos dias em que o grupo estava alocado na unidade, junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por meio dos tablets organizativos, o qual possibilita o acesso às informações de forma mais simples e rápida, por possuir filtros que possibilitam a escolha direta dos dados, como por exemplo, o número de pessoas cadastradas em uma determinada rua. Nas fases iniciais foi preciso fazer um reconhecimento da unidade, suas repartições, e do perímetro de abrangência, atividade feita com o apoio da ACS Vera, com o objetivo de ver a realidade da comunidade e os possíveis determinantes sociais em saúde. Com isso, fizemos os registros a seguir:





Tais registros servem para o mapeamento dos determinantes sociais e instituições que influenciam na saúde da comunidade, as quais podem ser usadas como aparelhamento da Estratégia de Saúde da Família, assim como indicadores socioeconômicos e ambientais.

2.1 Mapa das nove microáreas da Unidade de Saúde José Coelho Pereira



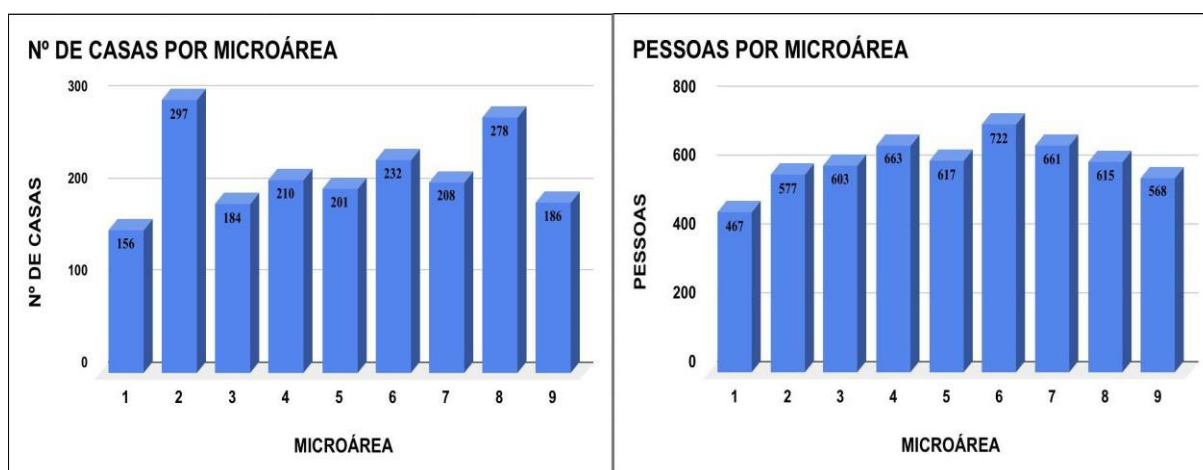
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 ANÁLISE DOS DADOS DO TERRITÓRIO

3.1.1 Número de casas e pessoas

Na área adscrita temos 1.952 (Um mil, novecentos e cinquenta e duas) casas com moradores e 5.493 (Cinco mil quatrocentos e noventa e três) pessoas, ultrapassando o limite orientado pelo Brasil (2012) de quatro mil pessoas. Ao total, a Unidade de Saúde da Família José Coelho Pereira possui nove agentes comunitário de saúde (ACS) e segundo o Brasil (2012) a orientação é que cada um seja responsável por até 750 (setecentas e cinquenta) pessoas, logo, nenhum dos agentes ultrapassam o limite. No entanto, por conta das 1.493 (uma mil, quatrocentas e quarenta e três) pessoas que excedem o limite orientado, a unidade sofre com grandes demandas.

Em relação às pessoas que periodicamente recebem visita domiciliar, o número de acamados, ou seja, de indivíduos que não possuem a capacidade de saírem de seu leito e necessitam de cuidados especiais, é 36 (trinta e seis) pessoas, já o número de pessoas domiciliadas, ou seja, de indivíduos que possuem diferentes graus de dificuldade, temporárias ou definitivas, que não conseguem sair de casa e nem realizar atividades básicas, é 43 (quarenta e três). À vista disso, é importante ressaltar que pessoas acamadas e domiciliadas têm direito à Atenção Domiciliar que, neste caso, se encaixa na modalidade 2, destinada a pessoas que não possuem a capacidade de ir até a Unidade de Saúde da Família. Essa modalidade é composta por um médico, um enfermeiro, um agente comunitário da saúde ou fisioterapeuta e um auxiliar ou técnico em enfermagem. (BRASIL, 2020, 2021)



3.1.2 Hipertensão

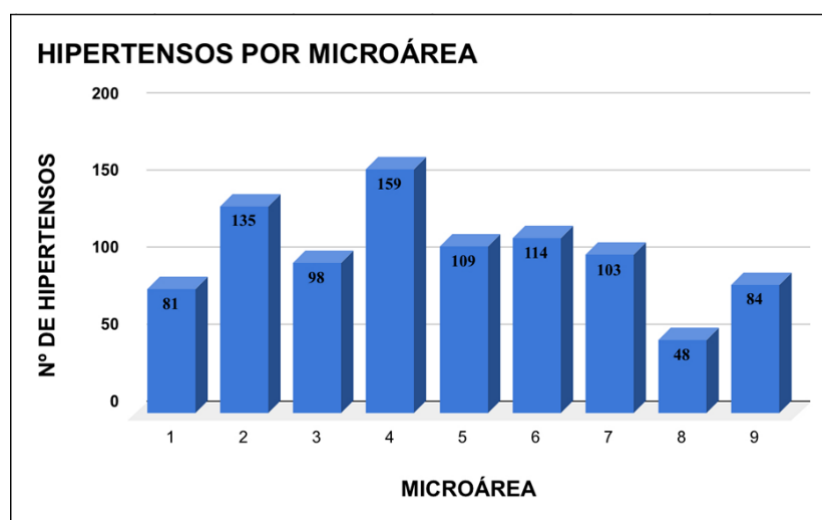
De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1978), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica que tem como característica a ultrapassagem da pressão sistólica e ou a diastólica considerada normal. O padrão de normalidade da HAS, segundo Franchini (1997), é de 120mmHg durante a sístole e 80mmHg durante a diástole. De acordo com o Brasil (2006), a hipertensão é responsável por causar lesões nas artérias, coração, cérebro, rins e outros órgãos. Por conta disso, ela tem conexão com alguns problemas, como acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica.

Segundo o Brasil (2006), o diagnóstico da hipertensão é feito após a detecção de uma anormalidade ao aferir um paciente e uma observação contínua, não se detendo apenas a uma aferição, por conta do risco de um diagnóstico falso-positivo e das consequências na saúde do indivíduo. Depois de confirmado, a doença é classificada como primária ou secundária, de acordo com a verificação do grau de comprometimento dos principais órgãos afetados, da presença de outros fatores de risco e de comorbidades.

Os principais fatores que influenciam na hipertensão arterial são obesidade, alto consumo de sódio, etilismo, tabagismo e sedentarismo. Logo, a aplicação de estratégias para a

construção de hábitos mais saudáveis na população é essencial para reduzir os riscos do desenvolvimento dessa comorbidade. À vista disso, a equipe da atenção primária tem grande importância no desenvolvimento e aplicabilidade de planos de ação para conscientizar a população, além de fazer o diagnóstico, educar o paciente e fazer o acompanhamento e tratamento. (BRASIL, 2006)

Na área adscrita da Unidade de Saúde da Família José Coelho Pereira verifica-se um total de 931 pessoas com hipertensão arterial. Ao analisar a quantidade de pessoas em cada microárea, percebe-se que as microáreas 2 e 4 são as que possuem mais pacientes com o quadro de hipertensão, 135 pessoas e 159 pessoas respectivamente. À vista dessas informações e do que foi discutido acerca da HAS, é imprescindível que a equipe da USF concentre planos ações como a de conscientização, principalmente, nas microáreas 2 e 4.



3.1.3 Diabetes Mellitus

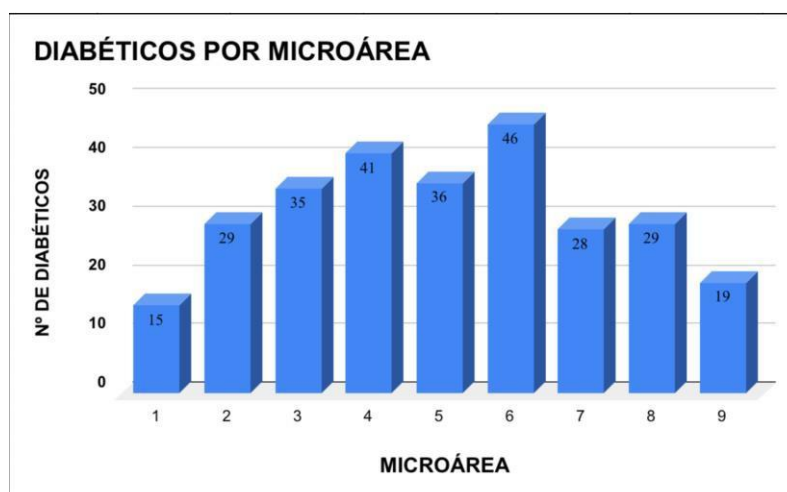
Diabetes mellitus, de acordo com o Brasil (2006), configura-se com um grupo de doenças que tem como característica a hiperglicemia e que causa desde complicações até insuficiência de alguns órgãos, como coração, vasos sanguíneos, olhos, rins e cérebro. A hiperglicemia na diabetes mellitus é resultado de uma falha na secreção da insulina ou na ação dela e tem origem em fatores como resistência à insulina e destruição das células do pâncreas responsáveis pela produção desse hormônio.

A diabetes mellitus é classificada em tipo I, tipo II e gestacional. A tipo I é resultado da destruição das células beta do pâncreas (responsáveis pela produção da insulina). A tipo II apresenta uma deficiência de insulina ou uma resistência a esse hormônio. A gestacional é uma hiperglicemia detectada durante a gravidez. (BRASIL, 2006)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2006), a diabetes mellitus apresenta uma alta taxa de mortalidade e é uma das principais causas para amputação de membros inferiores e desenvolvimento de retinopatias, neuropatias, neuropatias e cardiopatias. Devido a isso, segundo o Brasil (2006), o cuidado com a diabetes tanto na prevenção, quanto no tratamento é uma prioridade na saúde pública. Na atenção primária de saúde, as ações devem ser focadas em prevenção por meio da conscientização da população para construir hábitos saudáveis, como exercícios físicos periodicamente e maior consumo de alimentos saudáveis; da identificação e tratamento de pessoas pré-diabéticas; identificação de pacientes ainda não diagnosticados; e acompanhamento de pacientes já diagnosticados, com o intuito de reduzir os riscos de complicações.

Na área adscrita da Unidade de Saúde da Família José Coelho Pereira verifica-se um total de 278 pessoas diabéticas. Ao analisar a quantidade de pessoas diabéticas, as microáreas

4 e 6 chamam mais atenção, por possuírem a maior quantidade de diabéticos, sendo 41 pessoas e 46 pessoas respectivamente. No entanto, ao verificar a porcentagem indivíduos com essa comorbidade de acordo com a proporção entre o número de diabéticos de cada microárea pela quantidade de pessoas da microárea correspondente, percebe-se que a porcentagem tem uma variação máxima, pouco significativa, de 3,4%. Portanto, nota-se que não se faz necessário uma concentração nos planos de ação em microáreas específicas, mas ainda assim, de acordo com o que foi discutido acerca da diabetes e verificando o número de indivíduos com essa comorbidade, faz-se necessário que a equipe da atenção básica foque, principal, no controle de pacientes já diagnosticados e na identificação de diabéticos ainda não diagnosticados.



4 CONCLUSÃO

Este trabalho de territorialização realizado na Unidade de Saúde da Família José Coelho Pereira representou um significativo avanço no entendimento e importância na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual é tão importante para população, pois estão inserida nas ações que são desenvolvidas pela equipe básica multiprofissional.

É imprescindível, para efetividade da Política Nacional de Atenção Primária à Saúde, conhecer quem é a população, como ela vive e quais as principais problemáticas que devem ter uma atenção maior. Nesse estudo houve uma prioridade na discussão sobre a quantidade de pessoas cobertas pela Unidade em questão, em que foi percebido um número maior do que o esperado, 5.493 (Cinco mil quatrocentos e noventa e três) pessoas, consequentemente uma demanda que prejudica a efetividade da unidade. Também foi discutido relativo aos pacientes hipertensos (931 pessoas com tal quadro clínico), foi identificado que as microáreas 2 (dois) e 4 (quatro) possuem maior número de hipertensos, isso pode ajudar no redirecionamento e elaboração das ações para tal grupo. Por fim, foi discutido e analisado os pacientes diabéticos, em que se chegou à conclusão da existência de 278 pessoas diagnosticada, tendo as microáreas 4 (quatro) e 6 (seis) maior número, porém toda a área adstrita possui um número de casos considerável.

Portanto, a territorialização é uma ferramenta que deve ser atualizada periodicamente, pois a população e sua organização socioespacial muda constantemente e não há Estratégia de Saúde da Família sem o foco nos indivíduos e a comunidade no geral.

Essa experiência de campo e busca de dados leva toda equipe e aos pesquisadores repensar política e ações específicas para a população, a reflexão crítica com objetivo de melhoria da saúde primária foi norteado deste trabalho e a influência dos dados quantitativos na rotina da Unidade de Saúde da Família é de crucial importância.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. (Cadernos de Atenção Básica, n. 15) (2006)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. (2006) Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus_cab16.pdf
Acesso em: 28 nov. 2022

FRANCHINI, KG. **Conceitos básicos sobre pressão arterial in Medida da Pressão Arterial. Da teoria à prática**. Mion Jr, D e Nobre F. São Paulo: Editora Lemos. (1997)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition and diagnosis of diabetes mellitus and impaired glycaemic regulation**. OMS. (2006)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Expert Committee on Arterial Hypertension**, Geneva. (1978)