

Diagnóstico Situacional

para Planejamento em Saúde



CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃO CAMILO

Diagnóstico Situacional

para Planejamento em Saúde



CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃO CAMILO

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL PARA PLANEJAMENTO EM SAÚDE.

© Copyright 2023. Centro Universitário São Camilo.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.

Centro Universitário São Camilo

REITOR

João Batista Gomes de Lima

VICE-REITOR e PRÓ-REITOR ADMINISTRATIVO

Francisco de Lélis Maciel

PRÓ-REITOR ACADÊMICO

Carlos Ferrara Junior

Produção editorial

Coordenadora Editorial

Bruna San Gregório

Analista Editorial

Cintia Machado dos Santos

Assistente Editorial

Bruna Diseró

Revisor

Rodrigo de Souza Rodrigues

Autores

Ivonete Sanches Giacometti Kowalski, Maria Elisabete Salvador, Caroline Terrazas, Lourdes Bernadete dos Santos Pito Alexandre, Ana Maria Auricchio, Heidi Demura Leal, Luciane Andrea Aver e Larissa Silva Costa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(BENITEZ Catalogação Ass. Editorial, MS, Brasil)

D526

Diagnóstico Situacional para Planejamento em Saúde / Ana Maria Auricchio *et al.* -- São Paulo: Setor de Publicações - Centro Universitário São Camilo, 2023.

81 p.

ISBN 978-65-86702-54-5

1. Aprendizado baseado em problemas 2. Características da população 3. Diagnóstico da situação de saúde I. Auricchio, Ana Maria II. Terrazas, Caroline III. Leal, Heidi Demura IV. Kowalski, Ivonete Sanches Giacometti V. Costa, Larissa Silva VI. Alexandre, Lourdes Bernadete dos Santos Pito VII. Aver, Luciane Andrea VIII. Salvador, Maria Elisabete IX. Título

CDD: 614.44

Ana Lucia Pitta – Bibliotecária – CRB-8/9316



SUMÁRIO

Apresentação | 5

1

Fatores Históricos Importantes: da Construção do SUS à Compreensão e Utilização do Diagnóstico Situacional

2

Diagnóstico Situacional enquanto Possibilidade de Planejamento em Saúde para a Comunidade e de Desenvolvimento Teórico-Prático da Aprendizagem em Saúde | 17

3

A Experiência de Aprendizagem e Realização do Diagnóstico Situacional e de Planejamento em Saúde para a População de um Território Real | 25

4

Experiência dos Docentes na Condução dos Discentes para a Coleta de Dados no Território | 52

5

Experiência Discente de como Realizar o Diagnóstico Situacional | 61

6

Relato Discente sobre a Realização do Diagnóstico Situacional e as Implicações na Aprendizagem | 69

Referências Bibliográficas | 74

Apêndices | 80



APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que apresento o *e-book* intitulado “Diagnóstico Situacional para Planejamento em Saúde”, fruto da dedicação e experiência de docentes e discentes do Centro Universitário São Camilo de São Paulo. Desde o início, os docentes perceberam a necessidade de colaborar com a construção deste material, o qual sintetiza a vasta literatura voltada para a saúde coletiva, especificamente, no campo do diagnóstico situacional para planejamento em saúde, com a visão e participação da enfermagem.

A percepção sobre a necessidade de um livro que abordasse todas as nuances desse tema, importante na prática da enfermagem e de outras áreas da saúde, foi impulsionada pela experiência prática dos docentes em um cenário de crescente complexidade das demandas sociais e de saúde. A discussão sobre o diagnóstico situacional transcende o entendimento clínico, adentrando as complexidades sociais, econômicas e culturais que influenciam diretamente a atenção primária.

Ao abordar a abrangência e as controvérsias presentes no diagnóstico situacional, este *e-book* não apenas fornece uma visão panorâmica sobre o tema, mas também incentiva uma análise crítica e reflexiva, como ocorre, por exemplo, no capítulo em que discentes relatam suas experiências, o qual destaca a importância de se incorporar perspectivas diversas para uma compreensão mais completa do planejamento em saúde.

No contexto do ensino e da aprendizagem, este material serve como guia valioso. O *e-book* explora estratégias pedagógicas eficazes para o ensino do diagnóstico situacional na atenção primária, promovendo uma aprendizagem engajadora e significativa. Destaco a relevância de integrar teoria e prática, preparando os discentes não apenas para a sala de aula, mas também para os desafios do ambiente profissional.

Por fim, acredito firmemente que este livro digital não apenas informará, mas inspirará os leitores a refletirem de maneira crítica e construtiva sobre a importância do diagnóstico situacional para a enfermagem. Espero que seja uma ferramenta valiosa para professores, alunos e profissionais da saúde, contribuindo para aprimorar o ensino, a prática clínica, a gestão em saúde e, em última instância, a qualidade dos cuidados oferecidos à comunidade. Que esta obra seja um catalisador para a expansão e melhoria contínua das práticas na área da enfermagem e saúde coletiva.

Prof^a Dra. Maria Cristina de Mello

Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário São Camilo - SP

1



Fatores Históricos Importantes: da Construção do SUS à Compreensão e Utilização do Diagnóstico Situacional

Prof^ª Dr^ª Ivonete Sanches Giacometti Kowalski
Prof^ª Dr^ª Lourdes Bernadete dos Santos Pito Alexandre



Fatores Históricos Importantes: da Construção do SUS à Compreensão e Utilização do Diagnóstico Situacional

Prof^ª Dr^ª Ivonete Sanches Giacometti Kowalski

Prof^ª Dr^ª Lourdes Bernadete dos Santos Pito Alexandre

Tendo em vista que a maioria das unidades de saúde de atenção primária (UBS) no município de São Paulo têm como gestora uma enfermeira, é de suma importância a instrumentalização dos atuais e futuros profissionais da área de Enfermagem para a busca ativa e para a compreensão sobre os problemas que afetam a comunidade à qual a UBS responde, ou seja, para a realização do Diagnóstico Situacional.

A Unidade Curricular “Diagnóstico Situacional para Planejamento em Saúde” utiliza a metodologia ativa de ensino com os discentes de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário São Camilo. Essa metodologia propicia aos graduandos que reconheçam um território periférico na cidade, mais vulnerável, e busquem, por meio de uma pesquisa sistematizada, compreender quais são as principais necessidades de saúde na região, propondo estratégias de intervenção para supri-las.

Tanto no ambiente de prática das unidades de saúde de atenção primária quanto no laboratório de informática, os discentes são incentivados a relacionar a teoria e a prática por meio da instrumentalização e execução do diagnóstico situacional, desenvolvendo a criatividade, a comunicação, o trabalho em equipe/multidisciplinar e o pensamento crítico e reflexivo, sendo o aluno o protagonista da aprendizagem.

Para atingir os objetivos cognitivos e comportamentais, o discente, sempre acompanhado pelo professor, enfermeiro e agente comunitário de saúde, realiza entrevistas com os “sujeitos-chave” da comunidade e da UBS/ESF com a utilização de instrumentos de

coleta de dados, efetua busca de dados secundários no DATASUS municipal com a utilização da ferramenta Tabnet, realiza um mapa local com identificação dos riscos, identifica os problemas de saúde que acometem a comunidade, aplica os critérios de priorização dos problemas evidenciados e elabora propostas de intervenção sobre os problemas de saúde identificados na comunidade. Esse levantamento de dados faz parte do Planejamento Estratégico e Situacional (PES). Mas, quando foi concebido o PES?

Na década de 1970, surgiram na América Latina diferentes correntes de planejamento estratégico. O Planejamento Estratégico e Situacional foi desenvolvido pelo Prof. Carlos Matus, a partir de sua convivência com o ministro da Economia do governo de Salvador Allende, no Chile, e de outras experiências de planejamento normativo ou tradicional na América Latina. No PES, o conceito da formação de técnicos políticos parte da capacitação e viabilização da competência desses técnicos de modo a ser representantes de um governo. Parte da ideia de que governar tem o significado de que todas as forças sociais governam, ou seja, podem e devem planejar intervenções adequadas sobre os fatos sociais^{1,2}.

O Diagnóstico Situacional é considerado um instrumento para a obtenção de informações sobre as características e necessidades de saúde de uma população residente em determinado território para que se possa realizar um planejamento de saúde mais assertivo e que cause maior impacto¹.

Nos anos 1970 e 1980, nasceu o Movimento da Reforma Sanitária no Brasil, que repensou o sistema público de assistência à população brasileira e contou com a participação da população e de técnicos da saúde. Tal movimento foi a base para criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que serviu de suporte para o estabelecimento das normas de saúde na Constituição Federal do Brasil de 1988, garantindo assistência integral e gratuita a todos os brasileiros¹.

Entretanto, somente em 1990 foi aprovada a Lei Orgânica

da Saúde pelo Congresso Nacional (Lei 8.080/90), que detalhou as condições sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Foi, então, pensado em um novo processo de trabalho, em que os técnicos de saúde deveriam criar vínculo com a população e seus problemas de saúde.

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e tem como princípios doutrinários: a universalidade, a regionalização, a hierarquização, a descentralização, o comando único e a participação popular³.

O SUS garante acesso aos serviços de saúde, por meio de uma ampla rede para toda a população, tendo a Atenção Básica em Saúde (ABS) como o primeiro elo entre os usuários e o sistema. A ABS compreende um conjunto de ações individuais e coletivas com foco na utilização de tecnologia leve e realiza: promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, compreendendo práticas sanitárias e gerenciais orientadas pelos princípios do SUS^{1,4}.

Nos anos iniciais do SUS, foi elaborada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que foi revista em 2006 e que estabeleceu a saúde da família como modelo para organização da atenção primária no SUS, intitulando-a por Estratégia de Saúde da Família. As ações da PNAB são desenvolvidas por equipes multidisciplinares em territórios bem definidos, fortalecendo a acessibilidade, a coordenação, o vínculo, a continuidade, a integração, a responsabilidade, a humanização e a equidade. Em todo o país, desde 2011, as Redes de Atenção à Saúde têm a Atenção Primária à Saúde (APS) como a porta de entrada no SUS. Dentre todas as iniciativas do SUS, a que teve maior impacto na APS foi a criação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF)^{5,6}. No entanto, muitas equipes de ESF enfrentam problemas de planejamento e execução de ações pela falta de conhecimento, de análise de informações obtidas cotidianamente pelo serviço e de integração de indicadores específicos para seu território de abrangência⁴.

Os profissionais de saúde que fazem parte do SUS resgataram o Diagnóstico Situacional, uma vez que é a principal ferramenta para conhecimento específico sobre uma dada comunidade. Ele é o resultado de um processo minucioso de coleta de informações para levantamento de problemas e deve ser seguido da análise de dados obtidos na área de atuação de qualquer equipe de saúde, de ESF ou não, visando fundamentar o planejamento de futuras ações.

A coleta de dados não deve ser restrita aos profissionais da saúde, mas sim abranger todas as informações obtidas pelas pessoas que atuam nesse local. A equipe de saúde deve realizar inicialmente e rever periodicamente o diagnóstico situacional, identificando todas as vulnerabilidades e situações de risco, cadastrando e recadastrando indivíduos e famílias de forma fidedigna para conhecer as necessidades da população adstrita⁸.

Esse novo processo de trabalho obrigou o Ministério da Saúde a buscar trabalhar conjuntamente com o da Educação para aproximar a formação dos profissionais de saúde das necessidades do novo processo de trabalho a ser estabelecido. Visando promover mudanças na formação profissional, em 2005 o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação lançaram o Pró-Saúde, um programa para estimular a integração entre a teoria e a prática na atenção integral à saúde. O objetivo do Pró-Saúde foi oferecer à sociedade profissionais habilitados para atender às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS, buscando resultar em uma escola com forte interação com os serviços e as inovações na gestão⁹. Desse modo, a formação de profissionais de saúde deve extrapolar o aprendizado clássico focado em doenças e doentes, vinculando-os cada vez mais à realidade da população, contribuindo tanto para um processo de autonomia e vínculo entre usuários e equipes de saúde como para ampliar a compreensão do processo saúde-doença e da organização do sistema de saúde.

Nesse sentido, a ESF é um ambiente fundamental de ensino-aprendizagem com inserção precoce do discente na atenção básica, agregando elementos importantes para sua formação.

Essa metodologia ativa de aprendizagem pode auxiliar também na reflexão crítica sobre temas, no engajamento social, no amadurecimento de conceitos que convivem com a prática de saúde e na humanização dos futuros profissionais, cada vez mais corresponsáveis pelos problemas comunitários e suas soluções¹⁰.

As metodologias ativas de ensino, entre elas a aprendizagem baseada em problemas, têm sido implantadas nos últimos anos, integrando mudanças tecnológicas, sociais e culturais e colocando o discente no centro do aprendizado, tornando-o parte integrante do processo¹¹. A vivência do cotidiano permite não somente a contemplação da realidade, mas a reflexão e proposição de mudanças, aprimorando as condições gerais de trabalho¹². A articulação de atividades e aproximação do discente de graduação da prática fortalece sua formação, aproxima-o dos princípios do SUS e capacita-o como futuro profissional, contribuindo para melhora da qualidade do cuidado. Nesse processo de mudança, tanto o discente como o docente sofrem influências múltiplas que podem contribuir para a transformação da realidade¹³.

Reverendo os fatos relativos às Políticas de Saúde no Brasil e a conexão com o Diagnóstico Situacional foi elaborada uma linha do tempo⁷ para melhor compreensão histórica:

Quadro 1 – Linha do tempo relativa às Políticas de Saúde no Brasil e ao Diagnóstico Situacional

Décadas 70-80	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Criação da PNI – Política Nacional de Imunizações.
1986	8ª Conferência Nacional de Saúde.
1988	A Constituição Brasileira reconhece o direito de acesso universal à saúde a toda a população, por meio de um Sistema Único de Saúde.
1989	Registro do último caso de poliomielite no Brasil.
1990	Leis nº 8.080 e nº 8.142 regulamentam os serviços, a participação da sociedade e as bases de funcionamento do SUS.

Fatores Históricos Importantes: da Construção do SUS à Compreensão e Utilização do Diagnóstico Situacional

1991	Estruturação da rede de atenção básica em saúde com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde/uso do Diagnóstico Situacional.
1992	Aprovação da Norma Operacional Básica (NOB 01/1992). Programa de Reorganização dos Serviços de Saúde.
1993	Descentralização e municipalização dos serviços e extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps).
1994	Estruturação da Saúde da Família com equipes multidisciplinares atuando nas comunidades.
1995	Regulamentação do Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.
1996	Acesso e distribuição de medicamentos aos portadores de HIV/Aids. Redefinição do modelo de gestão do SUS que disciplina as relações entre União, estados, municípios e Distrito Federal.
1997	Criação do Piso de Atenção Básica (PAB) – repasse de recursos ao gestor municipal, por pessoa, para o atendimento à Saúde. Criação do Disque Saúde.
1998	Sistema Nacional de Transplantes. Plano Estratégico de Mobilização Comunitária para o Combate à Dengue.
1999	Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – uma nova etapa no registro e fiscalização de medicamentos e alimentos. Política Nacional dos Medicamentos Genéricos.
2000	Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – Regulamentação do setor privado de saúde.

Fatores Históricos Importantes: da Construção do SUS à Compreensão e Utilização do Diagnóstico Situacional

2001	A Lei nº 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.
2002	Publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2002), que definiu a regionalização e a assistência à saúde. Políticas Nacionais de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.
2003	Criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O programa “De Volta para Casa” contribui com o processo de reinserção social de pessoas com história de internação psiquiátrica.
2004	Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de Humanização do SUS e de Saúde do Trabalhador. Programa “Brasil Sorridente” – Um conjunto de ações para melhorar as condições de saúde bucal. Programa “Farmácia Popular do Brasil”. Criação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobras).
2005	Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Publicação do Plano Nacional de Saúde.
2006	Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão estabelecidos pelos gestores das esferas federal, estadual e municipal, com objetivos e metas compartilhados. Política de Saúde da Pessoa Idosa.

Fatores Históricos Importantes: da Construção do SUS à Compreensão e Utilização do Diagnóstico Situacional

2007	<p>Política Nacional sobre o álcool e veiculação de campanhas sobre o uso abusivo.</p> <p>O governo decreta a licença compulsória do antir-retroviral Efavirenz.</p>
2008	<p>Ação efetiva para regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29, que trata do nascimento das ações e dos serviços públicos de saúde.</p> <p>Criação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASEF.</p>
2009	<p>Lançamento da Campanha Nacional de Prevenção à Influenza H1N1.</p> <p>Política Nacional da Saúde do Homem.</p> <p>Inauguração do centro de estudo para produção de células-tronco.</p>
2010	<p>Criação do primeiro cadastro nacional de pesquisas clínicas realizadas em seres humanos.</p> <p>Universidade Aberta do SUS.</p> <p>Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena.</p> <p>Consultório na Rua.</p>
2011	<p>Estratégia Rede Cegonha.</p> <p>Regulamentação da Lei nº 8.080, de 19/09/1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS.</p> <p>Plano Nacional de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis.</p> <p>Regulamentação do Cartão Nacional de Saúde.</p> <p>Programa Saúde Não Tem Preço.</p> <p>PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.</p>
2017	<p>Política Nacional de Atenção Básica (revisão).</p>

Fatores Históricos Importantes: da Construção do SUS à Compreensão e Utilização do Diagnóstico Situacional

2018	Interrupção do programa Mais Médicos com participação dos médicos cubanos.
2019	Saúde na Hora.
2020-2022	Pandemia de COVID-19 – O SUS se desdobra para diminuição da morbidade e mortalidade pela doença (vacinação e hospitalização/UTI).

Fonte: Adaptado do Centro Cultural do Ministério da Saúde⁷.

Quadro 2 - O sistema público de saúde antes e depois de 1988

ANTES DE 1988	HOJE
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.	O sistema público de saúde é para todos, sem discriminação. Desde a gestação e por toda a vida a atenção integral à saúde é um direito.
O sistema era centralizado e de responsabilidade federal, sem a participação dos usuários.	Descentralizado, municipalizado e participativo, com 100 mil conselheiros de saúde.
Assistência médico-hospitalar.	Promoção, proteção, recuperação e reabilitação.
Saúde é ausência de doenças.	Saúde é qualidade de vida.
30 milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares.	152 milhões de pessoas têm no SUS o seu único acesso aos serviços de saúde.

Fonte: Adaptado de Centro Cultural do Ministério da Saúde⁷.

2



Diagnóstico Situacional
enquanto Possibilidade
de Planejamento em
Saúde para a Comunidade
e de Desenvolvimento
Teórico-Prático da
Aprendizagem em Saúde

Prof^ª Dr^ª Maria Elisabete Salvador
Prof^ª Dr^ª Caroline Terrazas



Diagnóstico Situacional enquanto Possibilidade de Planejamento em Saúde para a Comunidade e de Desenvolvimento Teórico-Prático da Aprendizagem em Saúde

Prof^ª Dr^ª Maria Elisabete Salvador

Prof^ª Dr^ª Caroline Terrazas

O Diagnóstico Situacional (DS) no mundo, assim como no Brasil, é amplamente utilizado na Atenção Primária à Saúde (APS). No Canadá, por exemplo, é utilizado para identificar as necessidades e os problemas de saúde das populações indígenas no extremo norte do país. Estudos ressaltam que o uso do diagnóstico situacional na APS no Canadá levou ao desenvolvimento de intervenções em saúde culturalmente apropriadas e aos melhores resultados de saúde para populações indígenas. Na África, o DS é usado para identificar as necessidades e os problemas de saúde das populações, sobretudo, rurais. Outras pesquisas verificaram que o DS em áreas rurais desse país levou ao desenvolvimento de intervenções em saúde comunitárias que foram eficazes na melhoria dos resultados de saúde^{14,15}.

A comunidade científica ressalta que o impacto do Diagnóstico Situacional na prestação de serviços de saúde é fundamental e permite aos profissionais de saúde desenvolver intervenções e programas de saúde para a assistência à comunidade baseados em evidências e dados. Assim, é possível identificar tendências e padrões nos resultados de saúde, além de monitorar as intervenções e os programas de saúde em longo prazo^{16,17}.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Diagnóstico Situacional é definido como um processo de avaliação das necessidades e dos problemas de saúde de uma população em um contexto específico, utilizando-se dados de várias fontes, como registros de saúde, pesquisas e engajamento comunitário.

Esse processo é crucial para o desenvolvimento de políticas e programas de saúde eficazes que abordem as necessidades e os problemas específicos da população. A organização reconhece a importância do Diagnóstico Situacional na APS e promove seu uso como uma ferramenta para melhorar os resultados de saúde em todo o mundo. Outrossim, enfatiza a necessidade de incorporar o DS nos sistemas de APS como meio de desenvolver intervenções direcionadas e melhorar a saúde da população^{14,17}.

A OMS também enfatizou a importância do engajamento comunitário no diagnóstico situacional. Esse engajamento envolve a participação dos membros da comunidade no processo de identificação das necessidades e dos problemas de saúde, o que pode auxiliar na construção de confiança e promover aceitação de intervenções desenvolvidas com base no DS. A organização também recomendou o uso de ferramentas e métodos padronizados para o Diagnóstico Situacional, como pesquisas de saúde e sistemas de informação em saúde, para garantir a consistência e confiabilidade dos dados em diferentes contextos e populações, em que a redução das desigualdades de saúde em todo o mundo é premente^{14,16}.

A Organização Mundial da Saúde publicou recomendações sobre tendências em relação ao DS, visando melhorar os resultados de saúde e promover a equidade da saúde global. Tais recomendações enfatizam a necessidade de um diagnóstico situacional abrangente e participativo, considerando-se inclusive aspectos socioeconômicos, culturais e políticos que podem influenciar fortemente a saúde no mundo, sobretudo, em países de baixa e média renda. Assim, a coleta abrangente de dados deve envolver dados demográficos, de saúde e sociais para identificar as necessidades de saúde da população e desenvolver intervenções direcionadas, abordagens participativas, como o envolvimento da comunidade e pesquisas participativas baseadas na comunidade^{18,19}.

A equidade em saúde é fundamental e o diagnóstico situacional deve ser usado para **identificar desigualdades em saúde** e abordar os Determinantes Sociais de Saúde que contribuem para

as adversidades. As ferramentas e os métodos padronizados devem ser usados para **garantir a consistência e confiabilidade dos dados** em diferentes configurações e populações. Já o **monitoramento e a avaliação contínuos** são essenciais e devem ser realizados para avaliar a eficácia das intervenções e informar melhorias contínuas. A **colaboração intersetorial** deve ser promovida para abordar os fatores complexos e inter-relacionados que influenciam a saúde. A implementação dessas tendências no diagnóstico situacional pode auxiliar o fornecimento de serviços de saúde direcionados às reais necessidades e, sobretudo, equitativos, que atendam às demandas da população^{18,19}.

A American Academy of Family Physicians (AAFP) também fornece as mesmas recomendações supracitadas sobre o diagnóstico situacional na APS para melhorar os resultados dos pacientes e promover a entrega equitativa de cuidados de saúde. Essas recomendações são baseadas no compromisso da AAFP em fornecer serviços abrangentes, coordenados e centrados no paciente na atenção primária. Essa organização também ressalta que os fornecedores de cuidados primários devem colaborar com outros serviços de cuidados de saúde e organizações comunitárias para abordar os fatores complexos e inter-relacionados que influenciam os resultados de saúde. Outrossim, destaca-se a prática baseada em evidência^{20,21}.

No Brasil, o DS é uma ferramenta essencial para o sistema nacional de saúde, sobretudo no cenário da APS. Para colocá-lo em prática, o Ministério da Saúde desenvolveu um conjunto de diretrizes e protocolos. Tais diretrizes enfatizam a importância da participação da comunidade no processo de diagnóstico situacional e o uso de abordagens baseadas em dados para desenvolver intervenções em saúde baseadas em evidências. Estudos observaram que o uso do diagnóstico situacional na APS no Brasil levou a melhorias na prestação de serviços de saúde e melhores resultados de saúde para a população. Outras pesquisas demonstraram que a participação da comunidade no processo de

diagnóstico situacional na APS no Brasil levou a um aumento do envolvimento e empoderamento da comunidade^{22,23}.

A implementação do planejamento em saúde na APS é particularmente desafiadora, assim como a centralidade da abordagem comunitária. Nesse cenário, ressalta-se que o modelo de organização da APS nacional, bem como os sistemas de avaliação são fundamentais para alinhar as ações pertinentes e exequíveis, isto é, o processo para o planejamento na APS deve ser contínuo, responsável e coerente. Para tanto, é necessário adotar ferramentas que demonstrem a atual e realista situação comunitária. Isso implica fazer diagnósticos, estimativas participativas e/ou diagnóstico de demanda com o processo de autoavaliação das equipes de saúde. Outrossim, instrumentos de avaliação da APS, bem como o diagnóstico situacional (DS) também se destacam para medir a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS. Trata-se de mensurações de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde^{24,25}.

O diagnóstico situacional é um processo essencial na APS, que envolve a análise sistemática do estado de saúde e das necessidades de uma população para identificar problemas e planejar intervenções adequadas. Além disso, é uma importante ferramenta que fornece compreensão abrangente dos recursos de saúde da comunidade. Por outro lado, é um instrumento para elaboração, a partir do olhar realista, de programas e políticas de saúde que atendam às necessidades da comunidade. A partir de processos que incluem determinadas etapas, o diagnóstico situacional possui elementos para que sua execução seja pertinente, a saber: definir o escopo e os objetivos do diagnóstico; identificar e coletar dados e informações relevantes; analisar e interpretar os dados; identificar os problemas de saúde e as prioridades; desenvolver estratégias e intervenções e implementar e monitorar as intervenções^{26,27}.

A avaliação da eficácia das intervenções, a fim de elaborar o DS, compreende os métodos de coleta de dados que podem incluir, por exemplo, pesquisas comunitárias, grupos focais, avaliações de

instalações de saúde e dados demográficos e epidemiológicos. Já a análise dos dados pode incluir estatísticas descritivas, mapeamento e análise de tendências. Permite que os gestores identifiquem os problemas de saúde que necessitam ser abordados e desenvolvam intervenções adequadas. Auxilia na alocação de recursos, priorização de programas de saúde e monitoramento e avaliação da eficácia das intervenções.

O diagnóstico situacional também favorece a participação da comunidade nos programas de saúde. Isto é, envolve a presença da comunidade no processo de coleta e análise de dados, o que aumenta a compreensão de suas necessidades e recursos de saúde. Assim, promove-se o senso de pertencimento, aumentando a possibilidades de se realizar implementações de sucesso a partir do olhar sustentável de programas de saúde.

De fato, o DS é um processo crítico na APS que permite aos gestores e à equipe de saúde planejar e identificar necessidades e recursos de saúde, desenvolver intervenções adequadas, bem como fazer alocação eficaz de recursos a partir do envolvimento da comunidade. Ao gerar diagnósticos comunitários e de equipe, necessários para o planejamento integrado, deve-se avaliar as possibilidades mais adequadas para ser aplicados a determinadas situações ou ao contexto apresentado no território.

Os profissionais de saúde, portanto, desenvolvem intervenções e programas de saúde baseados em evidências e adaptados às necessidades específicas da população. O uso de diferentes abordagens e métodos no diagnóstico situacional pode melhorar a entrega de serviços de saúde e contribuir para o bem-estar geral da população. Assim, a partir dos levantamentos feitos por meio dos instrumentos selecionados, é possível chegar a um contexto realista e atualizado de problemas a serem resolvidos pela equipe envolvida no planejamento, que deve incluir profissionais da saúde, representantes da comunidade e gestão. Esse método visa incluir no processo de trabalho da APS o planejamento das atividades de uma forma integrada e contínua em que diferentes profissionais

realizem ações baseadas na realidade. Busca-se, portanto, integrar o processo de abordagem comunitária e de avaliação das equipes de saúde da família para então garantir o planejamento das atividades nos territórios.

No que diz respeito aos resultados da utilização do diagnóstico situacional na APS, podem variar amplamente. Estudos têm se concentrado na identificação de intervenções e impacto nos resultados de saúde, como mudanças nas taxas de morbidade e mortalidade.

Hoje, contudo, apesar do progresso alcançado nas últimas décadas, os desafios incluem recursos limitados, treinamento inadequado de profissionais de saúde e participação insuficiente da comunidade. Recursos limitados podem resultar em falta de financiamento e equipamentos para o processo de diagnóstico situacional, enquanto a falta de qualificação profissional pode levar a erros na coleta e análise de dados.

Em relação ao planejamento, às intervenções e aos programas, é essencial desenvolver planos de cuidados individualizados que abordem necessidades e problemas analisados a partir do DS. Por exemplo, pode-se revelar que um paciente tem alto risco de desenvolver diabetes devido ao seu estilo de vida e história familiar e, assim, tais informações poderão ser utilizadas para desenvolver um plano de cuidados que se concentre na prevenção do desenvolvimento de doenças crônicas, comorbidades subjacentes, como incentivar mudanças no estilo de vida e fornecer monitoramento regular.

A efetividade do Sistema de Saúde também compõe os impactos do DS realizado de forma eficiente. Por exemplo, o diagnóstico situacional pode revelar que uma população tem uma alta prevalência de hipertensão. Assim, como intervenção, deve-se fornecer verificações regulares da pressão arterial e educação sobre mudanças no estilo de vida. O fortalecimento da relação entre profissionais de saúde e comunidade também se destaca a partir do envolvimento e da participação de pacientes e comunidades

no processo de identificação de necessidades e problemas de saúde. Auxiliar na construção de vínculo e confiança é essencial para uma comunicação e tratamento adequados. Ao envolver os pacientes no processo de diagnóstico situacional, os profissionais de saúde também podem obter uma compreensão melhor sobre os Determinantes Sociais de Saúde.

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) fornece recomendações sobre o diagnóstico situacional na APS para melhorar a qualidade e efetividade dos serviços de saúde no Brasil. Essas recomendações são baseadas no compromisso da SBMFC em fornecer serviços abrangentes, coordenados e equitativos na APS, tais como: compreender e analisar a perspectiva do paciente no processo de diagnóstico situacional para garantir que suas necessidades, preferências e experiências sejam consideradas; abordar os Determinantes Sociais de Saúde que contribuam para as desigualdades de saúde; utilizar abordagens interdisciplinares e intersetoriais em função da natureza complexa e multifatorial dos problemas de saúde e promover a colaboração intersetorial. Observa-se que os cuidados primários devem promover a avaliação e melhoria contínuas das práticas de diagnóstico situacional para garantir que sejam responsivas às necessidades de saúde em constante mudança dos pacientes e das comunidades²⁸.

3



**A Experiência de
Aprendizagem
e Realização do
Diagnóstico Situacional e
de Planejamento em Saúde
para a População de um
Território Real**

**Prof^ª Dr^ª Lourdes Bernadete dos Santos Pito Alexandre
Prof^ª Dr^ª Ivonete Sanches Giacometti Kowalski**



A Experiência de Aprendizagem e Realização do Diagnóstico Situacional e de Planejamento em Saúde para a População de um Território Real

Prof^ª Dr^ª Lourdes Bernadete dos Santos Pito Alexandre

Prof^ª Dr^ª Ivonete Sanches Giacometti Kowalski

Este capítulo tem como objetivos: demonstrar quais são as estratégias de aprendizagem utilizadas no Curso de Enfermagem, na unidade curricular Diagnóstico Situacional para Planejamento em Saúde, do Centro Universitário São Camilo, para o desenvolvimento teórico e prático a respeito do Diagnóstico Situacional; apresentar a experiência vivenciada por docentes e discentes; contribuir com a concretização do SUS e com a mudança do processo de trabalho em saúde.

No Centro Universitário São Camilo, os discentes de graduação em Enfermagem têm o privilégio de ter contato, desde o início do curso, ainda no 2^o semestre, com a realidade das condições de vida de uma comunidade periférica do município de São Paulo, podendo observar e identificar os problemas e as necessidades de saúde que devem e podem sofrer intervenções para melhoria da saúde dos residentes do local. Nesse processo, utiliza-se metodologia voltada a pesquisa de campo, oferecendo aos **discentes experiência** na elaboração e execução dos primeiros trabalhos científicos de sua futura carreira.

A elaboração e a utilização do trabalho científico vêm sendo enaltecidas enquanto práticas pedagógicas, uma vez que tem sido percebido que estimulam o aprendizado dos estudantes. As atividades de pesquisa e a aproximação na prática com a realidade proporcionam aos alunos a aquisição de novos conhecimentos, pois passam a pensar de maneira lógica sobre os fatos cotidianos

e podem propor resolução de problemas com fundamentação teórica e adquirir um comportamento crítico e reflexivo.

Ao final do processo, que leva seis meses e que também é considerado um projeto extensionista, o discente demonstra um amadurecimento comportamental e cognitivo e passa a utilizar o aprendizado adquirido nessa estrutura curricular no decorrer de toda a formação subsequente.

A construção de um trabalho científico seguindo as normas da ABNT, por esses discentes, parte da realização de todas as etapas de uma pesquisa, a saber: realizar a busca bibliográfica, realizar entrevistas com os moradores da área a ser estudada, observar e confeccionar um mapa com a identificação dos riscos existentes, buscar dados secundários sobre nascimento e mortalidade nesse local de vivência, listar um rol de problemas identificados após a análise geral de dados primários e secundários obtidos, fazer uso de técnica de priorização dos problemas, propor ação para impactar positivamente sobre um problema prioritário, realizar as considerações finais e o apontamento das referências bibliográficas.

A busca bibliográfica é direcionada para o estudo sobre o Sistema Único de Saúde, seus princípios e diretrizes, o fortalecimento da Atenção Primária, entendendo que a Estratégia de Saúde da Família deve ser o núcleo de entrada do usuário e de organização do sistema de saúde, a qual obtém resolutividade a 80% dos casos e a imersão necessária sobre o território de responsabilidade, fato que busca gerar o conhecimento e **fornecer** a base para a compreensão dos problemas e das necessidades de saúde que interferem no modo de vida da população nesse território e, finalizando, a busca bibliográfica também é direcionada para a aproximação com a realização do diagnóstico situacional local como indicador prático para a gestão em saúde a ser executada por esse futuro profissional de saúde.

Ao mesmo tempo em que aprendem sobre o assunto técnico por meio da busca de informações em sites oficiais, Biblioteca Virtual de Saúde e Biblioteca do Centro Universitário, melhoram

vocabulário, compreensão de texto e escrita científica, trabalho em equipe, comunicação e desenvolvem a criatividade. Devem seguir as normas cedidas pela bibliotecária para formatação de um trabalho científico e apontamento bibliográfico. Durante o exercício da elaboração do trabalho científico é realizada uma reflexão e discussão sobre o uso da ética na escrita acadêmica.

Na execução do trabalho científico, em todas as suas etapas, é utilizada a metodologia pedagógica da problematização, que se dá a partir da extração dos problemas da realidade observada pelos discentes, tendo como referência o Método do Arco de Charles Maguerez, no qual constam cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade ou um recorte da realidade: observação da realidade; pontos-chave; teorização; hipóteses de solução e aplicação à realidade (prática)²⁹.

A aplicação de cada etapa da teoria da problematização leva os discentes a exercitarem a cadeia dialética de **ação – reflexão – ação**, ou, dito de outra maneira, a relação **prática – teoria – prática**, tendo como ponto de partida e de chegada do processo de ensino e aprendizagem a realidade social.

Volta-se para a realização do propósito maior que é preparar o estudante/ser humano para tomar consciência de seu mundo e atuar intencionalmente para transformá-lo, sempre para melhor, para um mundo e uma sociedade que permitam uma vida mais digna para o próprio homem. Com todo o processo, desde o observar atento da realidade e a discussão coletiva sobre os dados registrados, mas principalmente com a reflexão sobre as possíveis causas e determinantes do problema e depois com a elaboração de hipóteses de solução e a intervenção direta na realidade social, tem-se como objetivo a mobilização do potencial social, político e ético dos alunos, que estudam cientificamente para agir politicamente, como cidadãos e profissionais em formação, como agentes sociais que participam da construção da história de seu tempo, mesmo que em pequena dimensão.²⁹ (p. 2)

3.1 O processo da identificação até a priorização dos problemas de saúde de uma comunidade e planejamento de intervenções

Todas as pessoas necessitam elaborar planejamento para alcançar determinado objetivo proposto durante o exercício da vida profissional, entretanto os profissionais de saúde, de maneira geral, carecem de treinamento para realizar um planejamento de saúde embasado em pesquisa de dados e, portanto, com geração de maior impacto sobre a saúde das comunidades.

No caso desta unidade curricular em específico, o **objetivo geral** é a elaboração do Diagnóstico Situacional em Saúde, o que propicia ao discente de enfermagem, a possibilidade de vivenciar uma experiência de identificação de problemas e necessidades de saúde de uma população até a realização de planejamento em saúde para sanar tais problemas ou minimizá-los. Tal experiência é muito relevante para a enfermagem, tendo em vista que muitos enfermeiros se tornam futuros gestores de unidades de atenção primária.

O planejamento envolve tanto o pensar como o agir, sendo que o ato de pensar deve acontecer antes do agir. Ou seja, planejar é pensar antes e durante a ação. Segundo Campos, Faria e Santos¹, o planejamento deve ser um cálculo situacional e sistemático capaz de articular o imediato (presente) com o futuro.

Segundo Campos, Faria e Santos¹ (p. 24), são considerados

três aspectos importantes para a melhor compreensão dos fundamentos teóricos do Planejamento Estratégico e Situacional. São eles:

- o projeto de governo → refere-se ao plano que uma equipe se propõe a realizar para alcançar seus objetivos;
- a governabilidade → diz respeito às variáveis ou recursos que a equipe controla ou não e que são necessários para implementar seu plano;

- *a capacidade de governo → diz respeito à experiência e à acumulação de conhecimentos que uma equipe domina e esses três pontos devem ser vistos numa inter-relação dinâmica.*

Portanto, é fundamental que o planejamento seja capaz de contribuir para aumentar a capacidade de governo e a governabilidade, tendo em vista que o planejamento acontece mediante a existência de conflitos entre diversos atores sociais e se propõe a ser um **processo participativo** e que, por isso mesmo, deve deter diferentes visões, propósitos, interesses e compromissos relacionados a essa situação ou problema¹. Outro conceito fundamental para a elaboração de uma análise situacional num processo de planejamento é o conceito de problema. De modo geral, um **problema pode ser definido como a discrepância entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada**, além de poder ser entendido como um obstáculo que impede determinado ator de alcançar seus objetivos¹. Tendo em vista esses conceitos, os problemas de saúde são objetos do nosso trabalho em saúde.

Para que o discente de enfermagem possa dar início à identificação dos problemas que atingem a vida real de pessoas que vivem em uma determinada comunidade, propõe-se a aplicação do diagnóstico situacional em saúde a esse território, o qual passa a ser um espaço *maker*, ou seja, um espaço para trabalhar com projetos reais e significativos.

Para que se possa processar um diagnóstico, o desafio é levantar dados, transformá-los em informação para produzir conhecimento que subsidie o planejamento, ou seja: identificar, descrever e explicar os principais problemas de saúde num determinado território, buscar definir prioridades quanto às soluções para reduzir esses problemas e elaborar um plano de ação baseado nessas prioridades.

Um modo mais rápido e plausível para se obter essas informações é fazendo uma Estimativa Rápida, com uma equipe composta de técnicos da saúde e/ou de outros setores e

representantes da população, examinando os registros existentes, entrevistando informantes importantes e fazendo observações sobre as condições da vida da comunidade que se quer conhecer. Portanto, a Estimativa Rápida é um método utilizado para elaboração de um diagnóstico de saúde de determinado território.

Os discentes de enfermagem são encaminhados para conhecer as singularidades e identificar os problemas de um território periférico na cidade de São Paulo e têm como objetivos a obtenção de dados primários e, posteriormente, secundários da comunidade para a qual se pretende realizar um planejamento de saúde.

São **objetivos específicos** da estrutura curricular:

- proporcionar a experiência ao futuro enfermeiro de estabelecer comunicação com a população que cotidianamente frequenta os serviços de saúde da atenção primária;
- oferecer a oportunidade de desenvolver a empatia com os usuários;
- proporcionar ao discente a possibilidade de conhecer outras formas de “levar a vida” que não seja da sua própria classe social;
- oferecer ao aluno a oportunidade de fazer um exercício de cadastramento da comunidade nos moldes do que fazem as agentes comunitárias de saúde na ESF, obtendo dados primários sobre: a caracterização das pessoas, as condições de saneamento básico, o histórico de formação e modificações do bairro, a avaliação de benefícios e problemas gerados pelo cuidado à saúde ofertado pela UBS e a captação dos principais problemas que acometem tal população, segundo a ótica de quem mora no local;
- estimular a montagem de um formulário no Forms para digitação e compilação dos dados primários, obtidos através das entrevistas aplicadas junto à população residente na microárea e com a finalidade da obtenção rápida de gráficos que possam facilitar a análise;
- realizar a observação ambiental, interna e externa às casas,

com o intuito de mapear os riscos e benefícios à saúde ofertados pelo ambiente onde a comunidade reside;

- reconhecer o território de abrangência da UBS/ESF com localização do território pesquisado e realizar o mapa da microárea estudada com o apontamento dos riscos e benefícios (mapa legendado);

- realizar a coleta de dados secundários junto aos bancos oficiais de dados – SIM, SINASC, SIH, IBGE – com a utilização do Tabnet e gerar informação realizando os cálculos de indicadores de saúde de mortalidade e morbidade;

- realizar a organização dos dados primários e secundários em tabelas e gráficos, seguindo as normas da ABNT, para favorecer a análise e identificação e listagem dos problemas de saúde;

- aplicar técnica para priorização dos problemas¹ (NESCON);

- propor intervenção sobre o problema prioritário;

- apresentar e entregar o trabalho escrito para a equipe da UBS/ESF poder intervir.

3.2 O processo de trabalho e os diversos atores sociais

O processo de trabalho da unidade curricular Diagnóstico Situacional em Saúde envolve a divisão dos discentes em 4 grupos e ao menos dois professores, dependendo do número de alunos por semestre inscritos na unidade curricular. Um professor acompanhará a pesquisa de campo e outro auxiliará no embasamento teórico e na organização e análise dos dados coletados em laboratório de informática no *campus* do Centro Universitário São Camilo.

O docente de campo acompanhará um grupo de discentes por semana para realizar o reconhecimento do território, a aplicação

das entrevistas em visita domiciliar, a busca de dados sobre doenças de notificação compulsória, o incremento dos dados primários com as informações dos prontuários familiares e o acompanhamento dos cuidados aos munícipes realizados pela equipe de saúde na UBS.

O outro docente trabalhará com os três grupos em laboratório de informática e tem como premissa: dar o suporte teórico, ensinar a realização da busca bibliográfica na Biblioteca Virtual de Saúde, dar o suporte metodológico, dando início à compreensão sobre material e método em pesquisa, auxiliar na busca de dados secundários e nos cálculos sobre indicadores de saúde, auxiliar na criação de um arquivo Forms para digitação dos dados primários, na organização dos dados primários e secundários em tabelas e gráficos, na problematização e criação da proposta de intervenção, na elaboração do trabalho escrito, na entrega e apresentação oral para os docentes e para a equipe da UBS responsável pela microárea pesquisada.

Atualmente, após várias experiências, o docente que acompanhará os discentes em campo deverá, ao fazer o reconhecimento do local onde será desenvolvida a prática, escolher com a gestora em qual microárea será realizado o trabalho, tendo em vista que haverá a necessidade do acompanhamento do agente comunitário nos dias de coleta de dados primários. Tal processo de trabalho exige que os dois professores estejam em perfeita sintonia para poder dar segurança aos discentes e buscar resolução para os problemas práticos que a realidade impõe constantemente. Desse processo de trabalho apresentaremos alguns **produtos** para melhor ilustrarmos os resultados.

3.3 Como coletar as informações primárias?

A escolha das perguntas está associada com as recomendações de Campos, Farias e Santos¹ (p. 45), que destacam as seguintes

informações a serem colhidas:

Informações sobre a população: Composição da população (por sexo, por faixa etária); organização e estruturas (grupos e suas relações); capacidade de ação da população (mobilização, atuação conjunta, etc.). Informações sobre o ambiente (físico e socioeconômico) e o perfil de doenças: ambiente físico: habitação, saneamento, ocupação do solo, pavimentação etc.; ambiente socioeconômico: nível de escolaridade, renda, inserção no mercado de trabalho etc.; perfil de doenças: principais causas da morbimortalidade. Informações sobre os serviços: serviços de saúde e ambientais: acessibilidade, cobertura, qualidade; serviços sociais: creches, centros sociais, escolas, áreas de recreação, etc. Informações sobre a política de saúde: vontade política; evolução da política do governo local em relação à saúde e problemas a ela relacionados¹.

As entrevistas semiestruturadas com informantes-chave, que são pessoas que detêm maior conhecimento sobre os problemas que acometem a comunidade, podem ser a base para se preparar um plano fundamentado nos problemas percebidos pela população, procurando garantir o envolvimento desta na proposição das soluções.

O questionário utilizado para a realização da coleta de dados primários é revisado pelos docentes juntamente com os discentes a cada início de um novo processo de trabalho (APÊNDICE A).

Nenhum dado primário pode servir para publicação científica, uma vez que fica inviável a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CoEP), em tempo hábil, pois o trabalho envolve várias UBS e vários grupos de discentes. Somente são publicados os relatos de experiência da confecção do trabalho.

As pessoas a serem entrevistadas são escolhidas pela(o) agente comunitária(o) de saúde para facilitar a identificação dos informantes-chave.

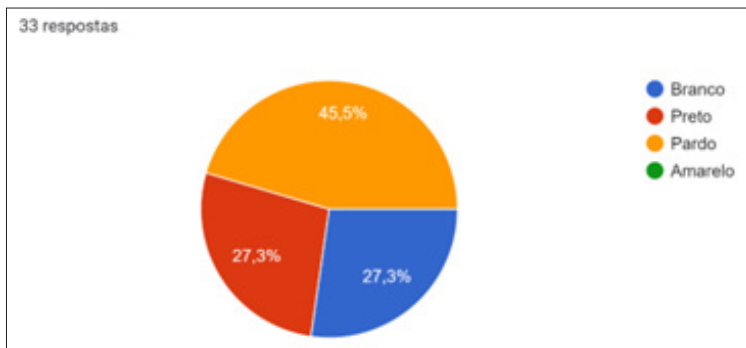
Para que a entrevista semiestruturada seja válida, o entrevistador precisa ter algumas habilidades. A mais importante é a capacidade de deixar o informante à vontade, angariar sua confiança e saber ouvir e utilizar a técnica de coleta.

Essas recomendações de Campos, Farias e Santos¹ são construídas pelos docentes por meio da realização de uma oficina, no início da unidade curricular, na qual os discentes têm contato com as perguntas e realizam um ensaio de aplicação com os seus colegas. Essas habilidades para entrevistar requerem prática e é preciso esforço consciente para adquiri-las. É fundamental que o entrevistador esteja verdadeiramente interessado na tarefa e em aprender com o informante. Igualmente importante é a prática de boas maneiras na saudação, apresentando-se e dizendo ao informante qual a finalidade da entrevista. É um primeiro contato, de uma relação que poderá ser constante e, portanto, deve ser realizada em um clima amistoso e cortês.

Os dados primários são registrados manualmente durante o exercício das entrevistas, em duplas de alunos, e depois no formulário do Forms, no laboratório de informática. Tal registro resulta em gráficos que servem para posterior análise.

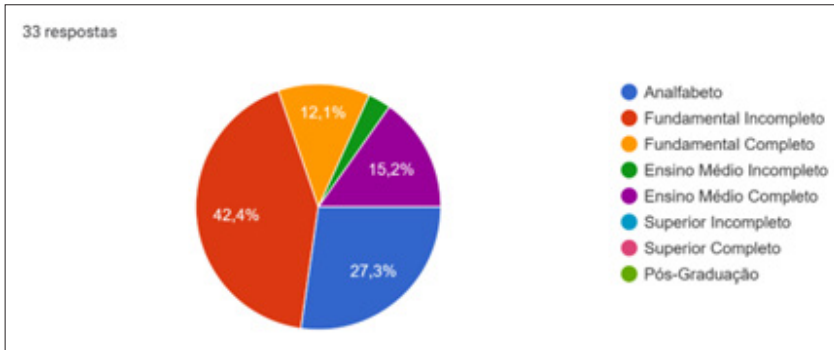
A seguir, apresentamos alguns exemplos dos gráficos gerados pelo Forms e realizados pelos discentes:

Figura 1 - Distribuição da população entrevistada



Fonte: Elaborada pelos autores.

Figura 2 - Distribuição da população entrevistada segundo escolaridade – UBS São Remo (2022)



Fonte: Elaborado pelos autores.

3.4 Observação ativa do ambiente físico do território

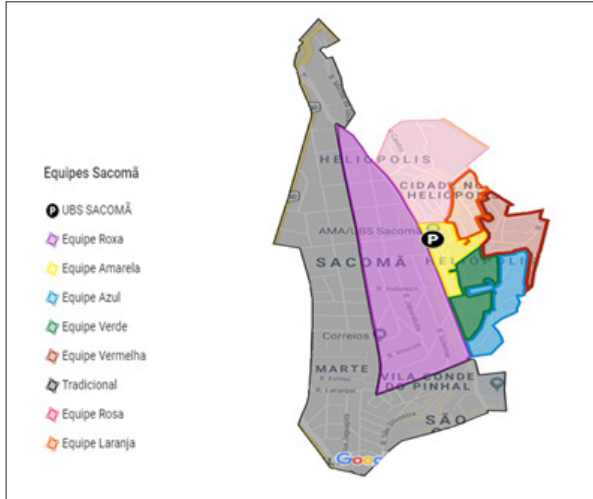
Observações realizadas pelos discentes/profissionais de saúde são muito importantes e podem confirmar ou invalidar informações obtidas nas entrevistas ou nos registros existentes. Podem, também, identificar questões que não foram mencionadas ou foram intencionalmente omitidas pelos informantes-chave.

São situações a serem observadas e registradas em um mapa de risco contendo as ruas que compõem a microárea pesquisada: presença de lixo, condições de conservação de vias públicas, condições de moradia, condições de saneamento básico, entre outros, são observados e utilizados para validar a problematização de necessidades de saúde no momento da análise dos dados.

A seguir, será apresentado um exemplo da **confecção do mapa de riscos observados e discriminados pelos discentes** e validados pela comunidade residente e trabalhadora no território (Figura 4). Também está discriminada as áreas de abrangência da UBS/ESF,

o desenho da microárea estudada com a observação dos riscos à saúde percebidos ou notificados pelos residentes e legenda dos riscos (Figura 3).

Figura 3 – Mapa da área de abrangência da UBS Sacomã (2019)



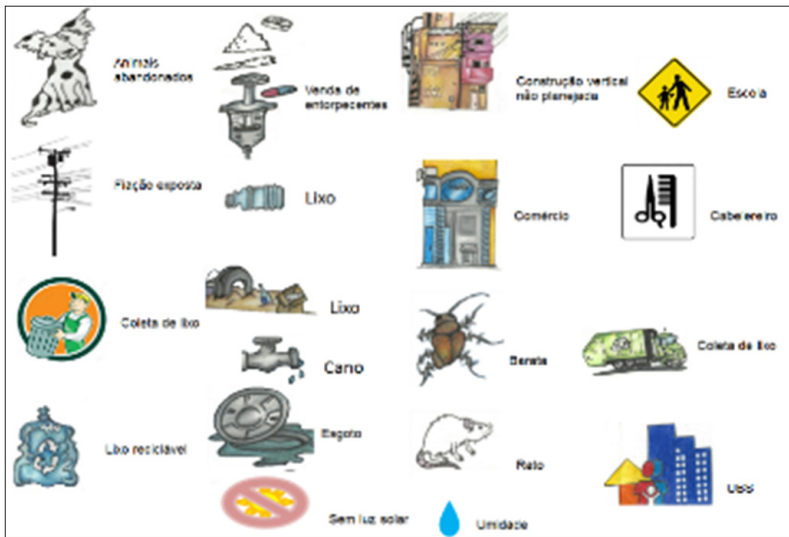
Fonte: Elaborada pelos autores.

Figura 4 – Áreas de risco da microárea 6, equipe laranja – UBS Sacomã (2019)



Fonte: Elaborada pelos autores.

Legenda do mapa:



3.5 Coleta de dados de fontes secundárias (registros existentes)

Os dados secundários necessários são obtidos nos bancos de dados do DATASUS, a saber: SIM (mortalidade), SINASC (nascidos vivos), IBGE (população), SIH (internações), nos registros da UBS/ESF sobre doenças de notificação compulsória no último ano que antecede a pesquisa e nos prontuários das famílias entrevistadas, para comprovação ou inclusão de informações importantes.

Os dados secundários do DATASUS são obtidos no laboratório de informática, a partir de consulta ao site da Prefeitura Municipal de São Paulo, com a utilização da ferramenta Tabnet. Por meio dela, organiza-se os dados em tabelas que possibilitem a realização dos cálculos dos principais indicadores de saúde para o território mais próximo da microárea estudada. Nesse momento, são

trabalhados os dados por distrito administrativo, que é o território mais próximo da realidade da microárea.

A seguir, apresentamos um exemplo de tabela com a organização de um dos dados secundários para uma região.

Tabela 1 – Mortalidade infantil segundo série histórica – distrito administrativo do Jabaquara (2008 – 2013 – 2018)

Faixa Etária Infantil 1	2008			2013			2018		
	óbitos	nascidos vivos	CM	óbitos	nascidos vivos	CM	óbitos	nascidos vivos	CM
<7 dias	20	3420	0,58	10	3190	0,31	8	2881	0,28
7-27 dias	12	3420	0,35	7	3190	0,22	9	2881	0,31
28d-<1ano	7	3420	0,20	9	3190	0,28	3	2881	0,10
Total	39	3420	1,14	26	3190	0,82	20	2881	0,69

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/PRO-AIM – CEInfo – SMS-SP

São calculados os seguintes indicadores de saúde:

- **Coefficiente de mortalidade infantil** = calculado dividindo-se o número de crianças que morreram no primeiro ano de vida pelo número de nascidos vivos no mesmo local e período, multiplicando-se por 1.000;

- **Coefficiente de mortalidade materna** = calculado dividindo-se o número de óbitos maternos (gravidez, parto e puerpério) pela quantidade de nascidos vivos no mesmo local e período, multiplicado por 100 mil;

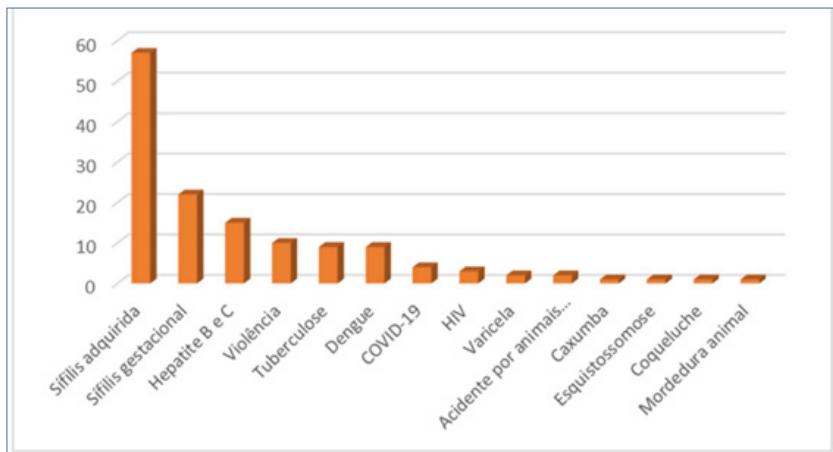
- **Coefficiente de mortalidade por algumas causas específicas e mais recorrentes no município de São Paulo** = calculado dividindo-se o número de óbitos pela causa específica (doenças infectocontagiosas, neoplásicas, cardiovasculares, metabólicas, neurológicas, causas externas, digestórias e urinárias) dividido pela população de risco no mesmo local e período, multiplicado por 100 mil;

- **Coefficiente de incidência para causas específicas** = calculado dividindo-se o número de casos novos da doença específica (hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, tuberculose) pela população de risco no mesmo local e período, multiplicado por 100 mil. É possível calcular a incidência para a microárea de estudo, tendo em vista haver o registro desses casos e da população cadastrada.

Quanto aos dados secundários de doenças de notificação compulsória, devido ao fato de nem sempre existir o registro por microárea, trabalhamos com os dados mais próximos, que são da área de abrangência da UBS/ESF no último ano.

A seguir, apresentamos um exemplo da organização dessas informações em um gráfico.

Figura 5 – Distribuição de doenças de notificação compulsória – UBS São Remo (03/03/2021 a 03/03/2022)



Fonte: Elaborado pelos autores.

Todas as tabelas e gráficos gerados devem passar por um processo de análise para o qual os discentes devem buscar referências bibliográficas oficiais com dados epidemiológicos do estado de São Paulo ou do Brasil e conceitos necessários para permitir a perfeita compreensão do problema local.

Segue exemplo da análise exigida, colhido em trabalho desenvolvido por estudantes do Centro Universitário São Camilo:

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, 70% das mortes de câncer ocorrem em países de baixa e média renda. Além disso, cerca de um terço das mortes por câncer se deve a

cinco principais riscos comportamentais e alimentares: alto índice de massa corporal, baixo consumo de frutas e vegetais, falta de atividade física e uso de álcool e tabaco. A tabela 2 analisa e compara a tendência da taxa de mortalidade por câncer de estômago, pulmão e de mama nos Distritos Administrativos de Guaianases e Butantã, em 2021. É observado maior número de óbitos por neoplasia e um coeficiente de mortalidade total 3 vezes maior no distrito do Butantã comparado ao de Guaianases. Em vista disso, é importante aumentar os programas de rastreamento, prevenção e detecção precoce de câncer no Butantã como ações eficazes para reduzir o número de óbitos.

Tabela 2 – Distribuição da mortalidade por neoplasias, segundo DA, Butantã e Guaianases (2021)

D.A	Habitantes	CA Estômago		CA Pulmão		CA Mama		Total	
		Óbitos	CME	Óbitos	CME	Óbitos	CME	Óbitos	CME
Butantã	53700	10	18,6	12	22,3	10	18,6	32	59,6
Guaianases	110361	2	1,8	13	11,8	7	6,3	22	19,9
Fonte: SIM, SMS.									

3.6 Confeção do quadro de problematização e priorização dos problemas

Tal quadro é um produto inspirado no trabalho de Campos, Farias e Santos¹ que indica, enquanto primeira etapa, a necessidade de analisar todas as informações e classificá-las segundo categorias que possibilitem incluir todos os respondentes das entrevistas.

A segunda etapa é comparar as informações obtidas nas entrevistas com os informantes-chave com aquelas colhidas a partir da observação ativa e dos registros existentes.

Na etapa final, faz-se um resumo dos problemas identificados para produzir um relatório sintético com as principais conclusões.

Uma vez realizado o diagnóstico situacional e identificados os

principais problemas da comunidade estudada, a próxima etapa é pensar nas intervenções que o discente e o grupo devem fazer para enfrentá-los. Como a lista de problemas, provavelmente, é muito extensa, o grupo deverá estabelecer, coletivamente, as prioridades.

Após a identificação dos problemas, torna-se necessária a seleção ou priorização dos que serão enfrentados, uma vez que dificilmente todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recursos (financeiros, humanos, materiais etc). Como critérios para seleção dos problemas, o grupo pode considerar: a importância do problema, sua urgência, a própria capacidade para enfrentá-los.

Segundo Campos, Farias e Santos¹, uma maneira de selecionar os problemas ou priorizar quais deverão ser enfrentados primeiramente é a construção de uma planilha em que os problemas identificados são analisados e selecionados quanto à prioridade, segundo os critérios mencionados, ou seja: atribuir valor para a importância do problema, distribuindo pontos conforme sua urgência; definir se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto, o que reconhecemos como governabilidade; numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios.

A seguir está disponibilizado um quadro de identificação e priorização dos problemas realizado por discentes do Centro Universitário São Camilo.

Os problemas identificados durante a construção da pesquisa foram separados nas seguintes categorias: Doenças de notificação compulsória; principais problemas da região estudada, citados por parte da população entrevistada; avaliação de risco feita pelos discentes durante a pesquisa e seleção das principais doenças causadoras de óbitos. Posteriormente, foi feita uma listagem dos principais problemas da região, classificando de 0-10 a gravidade e o risco gerados por tais problemas no seio social. E por fim,

também foi classificada de 0-10 a governabilidade (como o enfermeiro poderia solucionar os problemas apresentados). Ao final da classificação, foram obtidos os valores da prioridade dos problemas, que são as maiores pontuações da tabela.

Quadro 3 – Distribuição dos problemas segundo a gravidade, a governabilidade e a prioridade – UBS Malta Cardoso (2022)

PROBLEMA	GRAVIDADE	GOVERNABILIDADE	PRIORIDADE
Animais soltos na rua	5	2	7
Buracos nas Calçadas	8	1	9
Córregos Sujos	8	3	11
Criminalidade	8	2	10
Difícil acesso	5	1	6
Falta de áreas de lazer	6	2	8
Lixos nas ruas	9	4	13
AIDS	5	8	13
Sífilis	8	8	16
Dengue	7	8	15
COVID	8	8	16
Câncer de mama	8	7	15
Câncer de esôfago	8	7	15
Câncer de pulmão	8	7	15
Diabetes Mellitus	6	8	14

Fonte: Elaborado pelos autores.

A prioridade escolhida para o planejamento de intervenção foi o controle da ocorrência da sífilis em adulto, gestante e congênita.

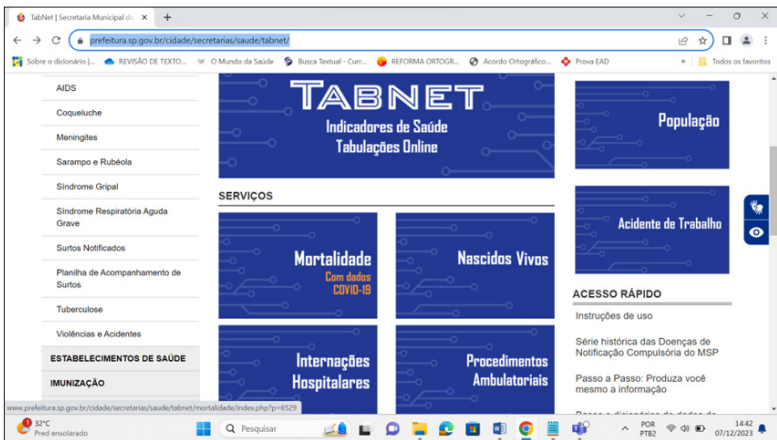
3.7 Passos para busca de dados no SIM, SINASC, SIH, IBGE

Para finalizar, serão demonstrados os passos para conseguir os dados secundários via DATASUS/Tabnet.

A Experiência de Aprendizagem e Realização do Diagnóstico Situacional e de Planejamento em Saúde para a População de um Território Real

1º passo: Entrar no Tabnet do município de São Paulo por meio do site da Prefeitura Municipal de São Paulo: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/>

2º passo: Entrar no Tabnet de mortalidade.

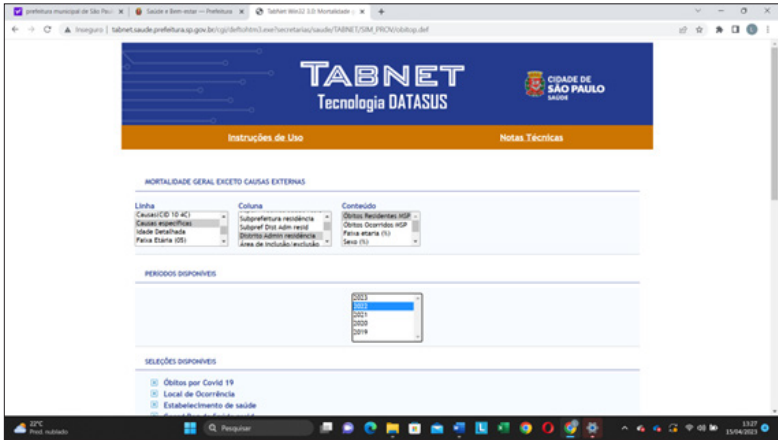


3º passo: Selecionar o banco de dados mais atual de mortalidade geral.

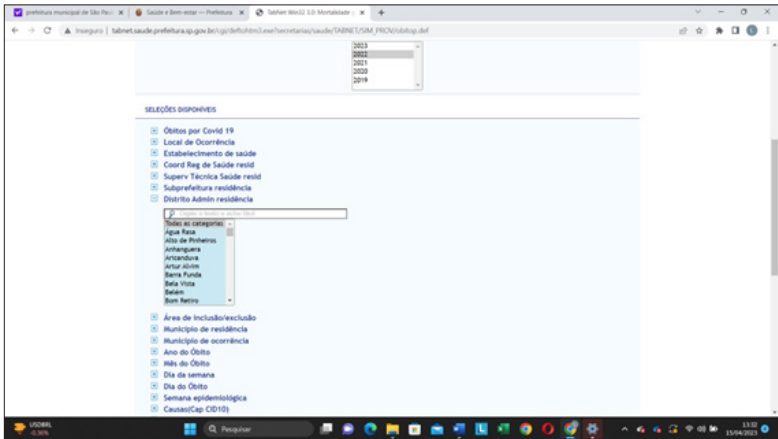


A Experiência de Aprendizagem e Realização do Diagnóstico Situacional e de Planejamento em Saúde para a População de um Território Real

4º passo: Selecionar as variantes desejadas para a coluna e linha de uma tabela (já dentro da ferramenta do Tabnet).



5º passo: Realizar alguma seleção mais fina, se necessário, no centro do Tabnet, a exemplo do Distrito Administrativo.

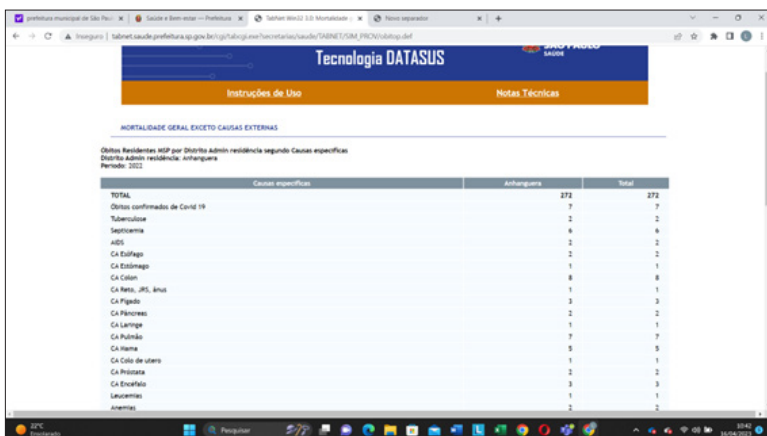


A Experiência de Aprendizagem e Realização do Diagnóstico Situacional e de Planejamento em Saúde para a População de um Território Real

6º passo: Buscar mostrar a tabela no fim da tela.



7º passo: Salvar em .CSV (Excel).



A Experiência de Aprendizagem e Realização do Diagnóstico Situacional e de Planejamento em Saúde para a População de um Território Real

Doença	ICVM	Interna
Doença alcoólica do fígado	3	3
Fibrrose e cirrose hepática (exceto alcool)	1	1
Insuficiência renal	2	2
Infeção do trato urinário n/ espec	3	3
Gravidez, parto e puerpério	1	1
Feto/foeto/foeto materno e comp/gru parto	2	2
Infeções espec. período perinatal	3	3
Anom congênitas sist nervoso	1	1
Anom congênitas coração e circ	2	2
Demais anormalidades congêntes	1	2
Mal definidas	11	11
Demais causas de morte	47	47

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/PRO-AM/CEInfo - SAS-IP. Data de atualização: 13/04/2023.

Nota:

- 1 - Para tabelações de proporções, o campo referente à proporção deve constar em linhas ou colunas.
- 2 - Em acordo com orientação do Ministério de Saúde de 11/05/2020, os sujeitos de covid-19 desde o início da pandemia estão sendo revisados e serão integralmente reclassificados em trabalho iniciado no início de julho de 2021. Os casos de covid-19 tem o código B342 da Classificação Internacional de Doenças-10 (para detalhes, ver Notas Técnicas).

Mortalidade geral exceto causas externas	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
1 Mortalidade geral exceto causas externas																					
2 Outras Mortalidades MP por Causas específicas e Distrito Admin residência																					
3 Distrito Admin residência: Arhangarua																					
4 Período: 2022																					
5 Causas específicas		Arhangarua	Total																		
6 Óbitos confirmados de COVID-19		7	7																		
7 Calcinosa		2	2																		
8 Septicemia		6	6																		
9 AIDS		2	2																		
10 CA do Fígado		2	2																		
11 CA do Estômago		1	1																		
12 CA do Cérebro		8	8																		
13 CA do Colo, reto, ânus		1	1																		
14 CA do Pâncreas		3	3																		
15 CA do Trâqueia		2	2																		
16 CA do Intestino		5	5																		
17 CA do Mamas		5	5																		
18 CA do Uterino		1	1																		
19 CA do Testículo		2	2																		
20 CA do Esôfago		3	3																		
21 Leucemias		2	2																		
22 Anemias		2	2																		
24 Diabetes mellitus		11	11																		

7º passo: Os dados restantes devem ser selecionados conforme exigem as fórmulas de cálculo dos Indicadores de Saúde.

3.8 Exemplo de planejamento de intervenção em saúde: Diabetes Mellitus

Introdução: O Diabetes Mellitus (DM) é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas pelo aumento da glicemia no

sangue resultante de defeitos na secreção e/ou ação da insulina. O DM é um grande problema de saúde para a população mundial. Segundo a Federação Internacional de Diabetes, cerca de 8,8% da população mundial em 2017 na faixa etária de 20 a 79 anos vivia com a doença. Segundo a Federação Internacional de Diabetes, o Brasil é o 5º país com maior número de incidência de Diabetes no mundo, com 16,8 milhões de doentes e, segundo projeções até o ano de 2045, o mundo deve ter 629 milhões de pessoas acometidas pelo Diabetes³⁰. Nas últimas décadas, o Diabetes *Mellitus* tem se tornado um sério e crescente problema de saúde pública devido ao aumento de sua prevalência, morbidade e mortalidade. Recentemente, um estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que até 2030 o número de pessoas com diabetes será de aproximadamente 366 milhões. De acordo com os dados da OMS, estima-se que ainda neste século nosso país terá cerca de 11 milhões de indivíduos com o diagnóstico de diabetes. Relatos do Sistema Único de Saúde (SUS) mostram que o diabetes é a quinta indicação de hospitalização e está entre as dez maiores causas de mortalidade no país³¹.

Objetivo Geral: Elaborar uma proposta de intervenção educativa para indivíduos pré-diabéticos e indivíduos com diagnóstico de Diabetes *Mellitus*, visando a conscientização da população sobre a doença, a melhoria na adesão ao tratamento e a qualidade de vida dessas pessoas.

Objetivos Específicos: Desenvolver uma proposta de intervenção educativa e de fácil implementação pela Unidade Básica de Saúde; orientar adolescentes e jovens sobre a importância de hábitos alimentares saudáveis e da prática regular de atividades físicas para a prevenção do Diabetes *Mellitus*; promover uma busca ativa de indivíduos diabéticos assintomáticos, por meio de campanhas de glicemia capilar na população acima de 40 anos; desenvolver uma planilha de controle para pacientes diabéticos, durante as consultas de enfermagem; elaborar ações voltadas para a reabilitação de indivíduos com sequelas da doença.

Proposta de intervenção: O tratamento do Diabetes *Mellitus* envolve ações que evitam a evolução da doença, como o controle glicêmico, hábitos alimentares saudáveis, prática regular de exercícios e acompanhamento médico. Além disso, ações para a redução da morbimortalidade dos portadores de diabetes³².

Quanto à prevenção, a conscientização populacional é de extrema importância, devendo ser direcionada a todos os ciclos vitais, principalmente, adolescentes e jovens, faixas etárias nas quais a adesão de novos hábitos saudáveis é melhor. Essa intervenção deve ser feita por meio de palestras em instituições de ensino, com a finalidade de estimular uma nova geração a adotar hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física, por exemplo, o que garantirá melhor qualidade de vida a longo prazo.

Quanto ao diagnóstico, é de suma importância a promoção de campanhas relacionadas ao diabetes *mellitus*, uma vez que parte da população é diabética assintomática, ou seja, não desenvolve sintomas. Assim, uma campanha sanitária de glicemia capilar apresenta-se como exemplo para essa finalidade, visto que, a partir dela, sinalizam-se riscos ao indivíduo que possui, em jejum, glicemia com valor maior ou igual a 100mg/dL e glicemia pós-prandial superior a 140 mg/dL. O público-alvo dessa campanha deve ser indivíduos com mais de 40 anos. Por fim, é essencial que haja profissionais capacitados na estrutura de saúde da família para permitir que essa campanha seja executada tanto nas dependências da UBS, quanto nas moradias da região. Estudos evidenciam que a monitorização diária da glicemia, em período inicial do Diabetes *Mellitus*, contribui para melhor qualidade de vida dos portadores³². De acordo com a Associação Brasileira de Enfermagem, sem reflexão não há ação e, quando há ação sem reflexão, ela, por si só, não é transformadora, visto que mantém práticas enraizadas em comodismo, rotina e é acrítica. Sendo assim, a equipe de enfermagem é fundamental na melhoria da adesão e qualidade do tratamento, por isso, deve sempre colocar

em prática seus conhecimentos de educação em saúde, com auxílio, por exemplo, de materiais educativos.

O enfermeiro tem um papel fundamental no processo de educação e eficácia ao tratamento do paciente, atuando tanto como profissional de saúde quanto educador. Certos processos para o tratamento e a prevenção do diabetes requerem o manejo correto de remédios como insulina e a dose correta, e também certos meios para sua precaução. Sabe-se que, para o diabetes, é essencial o controle dos níveis glicêmicos, o que pode determinar a ocorrência ou não das complicações adquiridas dessa doença. Nesse contexto, o enfermeiro, estando mais próximo e capacitado para o desenvolvimento das atividades educativas efetivas, muito poderá fazer para o controle dessa doença.

Em relação à atuação do enfermeiro, a consulta de enfermagem para indivíduos diabéticos na Atenção Básica é essencial, visto que, durante a consulta, é possível colher informações sobre o paciente, as quais serão úteis para possível elaboração de uma planilha de controle de portadores de diabetes em tratamento. Por meio dela, é possível acompanhar os resultados de exames e testes de glicemia, por exemplo.

O diabetes é uma patologia que deve modificar os hábitos de vida de um indivíduo. Se não houver mudanças de hábitos, a doença acaba por contribuir para o crescimento de riscos de diversas doenças crônicas. As complicações do diabetes influenciam diretamente na qualidade de vida do paciente, uma vez que as suas consequências podem ser graves. Como não há cura para o diabetes, a prevenção ainda é o melhor caminho para que as pessoas não venham a adquirir a doença. Diante dessa situação, os profissionais de enfermagem têm papel fundamental na prestação da informação ao paciente sobre as medidas preventivas, tanto as ações de prevenção primária, que incluem mudanças no estilo de vida da população, quanto ações de prevenção secundária, que englobam a incorporação do tratamento para o diabetes.

Algumas ações que o enfermeiro pode prestar ao paciente

diabético: orientar o paciente portador do diabetes a mudar ou manter os hábitos de vida saudáveis, a fim de diminuir a ocorrência de complicações; educar e monitorar o paciente em uso de insulinoterapia, demonstrar a aplicação da insulina, fornecer esquema de rodízio ao paciente e instruir sobre como é realizada a aspiração das unidades de insulina; monitorar a participação dos pacientes nas consultas médicas conforme a preconização do médico de retorno ao consultório e realização de exames; promover ao máximo o autocuidado eficiente; participar da prestação do cuidado aos pacientes que tiveram complicações e interagir em sua reabilitação.

Portanto, visando conscientizar a população sobre a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a recuperação da patologia, foi elaborado um “Guia do Diabetes”, material educativo em formato brochura, através de revisão integrativa da literatura temática, com o objetivo de atenuar o quadro de fragilidade do público-alvo. A proposta de intervenção baseia-se em auxiliar a população na identificação e nos cuidados do diabetes, o qual causa graves complicações na saúde do portador. Por exemplo, o diabético possui altos níveis de açúcar no sangue; com isso, o corpo tenta amenizar a quantidade de açúcar pela urina, e então aumenta o risco de desidratação. Sendo assim, o paciente tem mais vulnerabilidade de ter retinopatia diabética, glaucoma, dificuldade na cicatrização, entre outras mais graves, como amputação de um membro. Com todas as complicações do diabetes, a falta de controle e prevenção da doença gera instabilidade na saúde das pessoas. Sendo assim, o material educativo tem como objetivo servir como um meio de orientação e apoio ao público, guiando o mesmo a identificar os sintomas, os tipos e tratamentos da patologia e como preveni-la.

4



Experiência dos Docentes na Condução dos Discentes para a Coleta de Dados no Território

Prof^ª Ms. Ana Maria Auricchio
Prof^ª Ms. Heidi Demura Leal
Prof^ª Ms. Luciane Andrea Aver



Experiência dos Docentes na Condução dos Discentes para a Coleta de Dados no Território

Prof^a Ms. Ana Maria Auricchio

Prof^a Ms. Heidi Demura Leal

Prof^a Ms. Luciane Andrea Aver

O ensino híbrido consiste em uma nova abordagem de aprendizagem que integra as diferentes formas de ensino a atividades em diferentes tempos e espaços, sempre no interesse do processo de aprendizagem, tanto no nível da Educação Básica quanto da Educação Superior, em todas as suas etapas, formas e modalidades de oferta³³.

O ensino híbrido já se consolidou como prática no Ensino Superior e tem se tornado um aliado no processo de ensino e aprendizagem, na medida em que mescla o que há de melhor no ensino tradicional aos novos métodos de ensino e utiliza diferentes tecnologias como ferramenta para proporcionar uma experiência completa para professores e alunos³⁴.

As Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação – TDICs integram uma ampla gama de bases tecnológicas e permitem associar ambientes diversos e pessoas em rede, o que gerou importantes mudanças no âmbito educacional, ao romper as barreiras entre espaço virtual e espaço físico e criar um espaço híbrido de aprendizagem. Essas mudanças tecnológicas favorecem a aplicação do ensino híbrido, mas exigem uma postura permanentemente crítica daqueles que atuam na área educacional³⁴.

Nesse novo contexto tecnológico, o professor assume um papel de mediador, orientador e facilitador, o que se traduz em ganho de tempo, viabilização da observação do desenvolvimento individual e maior interação durante o processo de ensino e

aprendizagem, fazendo com que o aluno reconheça a importância do domínio de aprender a apreender³⁵.

Essa nova configuração da relação professor-aluno se coaduna com a visão apresentada na Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI pela UNESCO³⁶ (1998), que definiu a missão do Ensino Superior como: “educar, formar e realizar pesquisas”, além de destacar sua “função ética, autonomia, responsabilidade e função preventiva”.

4.1 Espaço *maker*: pioneirismo do curso de Enfermagem no uso do ensino híbrido

O ensino híbrido está plenamente inserido no curso de Enfermagem do Centro Universitário São Camilo (CUSC) em diversas unidades curriculares sob a forma de metodologias híbridas, aplicadas na unidade de ensino prático, na promoção da saúde desde a década anterior, com destaque para o espaço *maker*, metodologia realística inovadora ambientada em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O espaço *maker* se caracteriza pela atuação conjunta dos docentes com as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em ações de Atenção Primária à Saúde, baseia-se nos princípios e nas diretrizes do SUS (universalidade, equidade, integralidade, descentralização, participação popular, regionalização, hierarquização) e é desenvolvido em ambiente real: o território de responsabilidade do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

A concepção metodológica que embasa o espaço *maker* fornece os recursos teóricos e práticos necessários para o discente planejar e executar ações educativas e assistenciais de enfermagem e o ajuda a compreender a promoção da saúde como uma estratégia de articulação transversal e participação social destinada a melhorar a qualidade de vida do indivíduo e da coletividade.

A unidade curricular propõe a realização de um diagnóstico

situacional do território e tem como referência teórico-metodológica a Estimativa Rápida Participativa.

O docente tem uma participação direta na construção do aprendizado prático com o discente durante as visitas ao território, que permitem a identificação do grau de vulnerabilidade social da população nele residente.

A UBS escolhida para a realização da atividade deve contemplar a estratégia de saúde da família para viabilizar a execução da análise territorial pelos discentes.

4.2 Percurso metodológico

4.2.1 Reconhecer a UBS

O espaço *maker* tem início com uma reunião entre o docente e o gestor da UBS para o reconhecimento da UBS e a apresentação do plano da unidade curricular, da relação nominal dos discentes e do cronograma das atividades que serão desempenhadas durante a aplicação da metodologia.

Nessa reunião, identifica-se no mapa territorial a área de abrangência de maior vulnerabilidade social e seleciona-se a microárea de atuação, bem como se procede a escolha do Agente Comunitário de Saúde (ACS) que acompanhará o docente e os discentes para as entrevistas com os usuários.

O encontro dos docentes da unidade curricular com os(as) gerentes e responsáveis técnicos(as) da UBS é fundamental para o êxito da proposta metodológica, pois possibilita identificar a área, conhecer suas características e vulnerabilidades e obter elementos para eleger criteriosamente a microárea.

Para que a territorialização seja feita com segurança, todas as visitas realizadas no território pelos docentes e discentes

são acompanhadas por ACSs, que são também moradores da microárea.

4.2.2 Caracterizar o território

Para a construção do mapa do território, durante o percurso entre a UBS e a microárea destinada ao estudo, os discentes devem observar e registrar os principais elementos que o caracterizam:

- Fluxo da população nas ruas, meios de transporte e linhas de ônibus existentes e condições da pavimentação;
- Características das moradias e do seu entorno;
- Tratamento e distribuição de água potável, coleta e tratamento de esgoto, sistema de drenagem das águas pluviais e coleta e destinação correta dos resíduos sólidos;
- Presença de praças, espaços de lazer, horta comunitária e paisagismo;
- Acessibilidade para os portadores de deficiência;
- Identificação dos equipamentos sociais: escolas, creches, centros comunitários, clubes, igrejas e outros serviços utilizados pela população;
- Identificação de áreas em situação de risco, irregularidades na rede elétrica, acúmulo de lixo ou abandono de móveis e materiais na rua e presença de roedores e animais peçonhentos.

A caracterização do território é realizada pelo discente sob a orientação do docente e com a presença do ACS.

Nessa etapa da atividade, os discentes migram do conteúdo teórico adquirido no Centro Universitário para a prática no campo, que propicia a investigação, a exploração dos diferentes espaços e o reconhecimento da vulnerabilidade social existente na microárea, antes não percebida.

A partir desse processo, os discentes desenvolvem a capacidade de explorar e interpretar a realidade situacional e recebem suporte dos docentes para elaborar uma proposta educacional de melhoria para a microárea.

4.2.3 Entrevistas com a comunidade

Para a realização das entrevistas, solicita-se ao ACS que acompanha a atividade a indicação dos usuários com maior tempo de moradia na comunidade e com significativa inserção social, denominados de “informantes-chave”. Esses moradores conhecem a história do território e identificam com maior facilidade os principais problemas locais, bem como as necessidades locais.

Após a identificação dos “informantes-chave”, cada discente realiza três entrevistas com esses usuários, sempre na presença do ACS e dos docentes.

As entrevistas incluem questões estruturadas e semiestruturadas. E, a cada semestre, as questões podem ser excluídas ou incluídas de acordo com a percepção e análise prévia dos docentes e discentes.

No início das entrevistas, os discentes se mostram tímidos e inibidos perante a nova realidade, mesmo com o arcabouço teórico pré-existente. Necessitam de apoio do docente ou do colega de turma. Por essa razão, as entrevistas são realizadas em duplas. A riqueza na comunicação se reflete em cada entrevista, a desinibição e a interpretação da fala do usuário se fazem cada vez mais presentes. Com o passar do tempo, a autoconfiança dos discentes os leva a explicitar a necessidade de acrescentar perguntas ou complementar as existentes, à medida que as entrevistas vão sendo realizadas. Tais mudanças positivas na comunicação interpessoal contribuem diretamente para o reconhecimento das necessidades dos usuários e,

principalmente, para o desenvolvimento de um comportamento responsável e ético por parte dos discentes.

4.2.4 Levantamento dos dados secundários na UBS e entrevista com o(a) gerente da unidade

Após a realização das entrevistas, os discentes tabulam os dados primários que levantaram e os complementam com as informações relacionadas aos problemas de saúde biopsicossocial existentes no prontuário da família.

Na sequência, identificam as doenças de notificação compulsória no livro de registro da UBS e solicitam ao enfermeiro da microárea os registros da população por faixa etária e o registro das doenças e/ou agravos dos últimos doze meses.

Por fim, solicitam ao(a) gerente ou responsável técnico(a) da UBS informações acerca do perfil epidemiológico da unidade e da microárea, história da unidade, número de equipes, serviços oferecidos e atividades desenvolvidas por ciclo vital (criança, adolescente, mulher, homem e idoso).

Ao consultar o prontuário das famílias, os discentes costumam ficar surpresos por encontrar, com recorrência, dados primários complementares significativos que não foram abordados nas entrevistas.

A cada leitura de prontuário, os discentes aprimoram o uso da linguagem técnica e completam informações relevantes sobre a família do entrevistado. E, quando consultam o registro dos dados epidemiológicos, identificam a importância de ações preventivas/educativas para o combate das doenças de notificação compulsória.

4.2.5 Organizar os dados do diagnóstico situacional

Após o levantamento dos dados primários, os discentes realizam a pesquisa dos dados secundários no laboratório de

informática do Centro Universitário São Camilo, orientados por docente responsável pelo espaço *maker*.

Os dados secundários são coletados no DATASUS, que possibilita a obtenção de algumas informações de saúde da população (indicadores de saúde, assistência à saúde, informações epidemiológicas e de morbidade, informações sobre a rede de assistência à saúde, estatísticas vitais, informações demográficas e socioeconômicas). Esses dados são tabulados no TabNet, ferramenta desenvolvida pelo DATASUS que permite tabulações on-line de dados e geração de planilhas.

A busca dos dados secundários é bastante desafiadora para os discentes, pois depende de aprender a manejar uma ferramenta desconhecida.

Após dominar a ferramenta, os discentes iniciam a construção de um quadro para comparação dos dados primários e secundários e, posteriormente, elencam os principais problemas de saúde ou que podem afetar a saúde do usuário.

Por fim, após identificar e priorizar os problemas, elaboram uma proposta de intervenção para doenças e agravos de maior relevância na microárea.

As propostas de intervenção elaboradas pelos discentes são apresentadas para o(a) gerente, o(a) responsável técnico(a), o(a) enfermeiro(a) da equipe de saúde e para os(as) ACSs que acompanharam a atividade.

4.2.6 Considerações finais

A condução dos discentes para a coleta de dados no território tem se revelado uma experiência pedagógica e social extremamente enriquecedora, na medida em que proporciona elucidar e discutir aspectos que determinam o quadro de saúde dos indivíduos e da coletividade.

Tal experiência, entretanto, representa também um enorme desafio, pois requer do docente a compreensão permanente de que pensar a saúde como política pública e de acesso universal e igualitário significa pensar em planejamento, gestão e formação continuada.

Muitas barreiras são encontradas para executar a territorialização: a dificuldade de acesso às moradias, a existência de áreas de risco físico e biológico, a sobrecarga de trabalho dos ACSs, que dificulta a disponibilidade para realização das entrevistas, a identificação de moradores não cadastrados na UBS, a distância entre a UBS e a microárea, condições climáticas que impossibilitam as visitas e a possibilidade permanente de ocorrências imprevisíveis relativas à dinâmica da comunidade.

Sob outro ângulo, porém, docentes e discentes reconhecem, dialeticamente, que as informações obtidas nas entrevistas realizadas no território são um potente caminho para planejar ações de promoção e de atenção integral à saúde.

As propostas de intervenção elaboradas pelos discentes nascem das necessidades de saúde da própria comunidade, o que as converte em uma promissora estratégia para a produção e difusão de conhecimento, mobilização, educação, criação ou fortalecimento de redes, empoderamento dos sujeitos coletivos e elaboração de projetos de equidade e sustentabilidade, enfim, de construção da saúde.

A unidade curricular tem como proposta básica evidenciar a territorialização como ferramenta estratégica para melhor compreender as realidades locais e, assim, possibilitar serviços e ações eficientes de prevenção e promoção da saúde.

5



Experiência Discente de como Realizar o Diagnóstico Situacional

Enfermeira Especialista em
Terapia Intensiva
Larissa Silva Costa

Experiência Discente de como Realizar o Diagnóstico Situacional

Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva
Larissa Silva Costa

Em 2021, participei da territorialização das subprefeituras Lapa e Ipiranga, com o propósito de criar um documento com indicadores sociais que permitissem identificar as principais necessidades e vulnerabilidades dos territórios que compõem as subprefeituras, visando nortear as ações extensionistas do Centro Universitário São Camilo nos *campi* Ipiranga e Pompeia. Utilizamos o diagnóstico situacional, uma importante ferramenta de gestão em saúde, uma vez que permite a identificação de necessidades prioritárias de saúde em um determinado território, auxiliando na formulação de intervenções – ações, projetos e programas sociais.

Para isso, foram levantados e analisados dados dos territórios, sendo estes emitidos em boletins e publicações da Prefeitura da Cidade de São Paulo, envolvendo áreas como saúde, educação, meio ambiente, serviço social, cultura e esportes. Após a interpretação e contextualização dos dados, evidenciou-se que o território do Ipiranga, com ênfase no distrito administrativo do Sacomã, enfrenta maior vulnerabilidade social, havendo a necessidade do desenvolvimento de projetos de educação em saúde sobre doenças infectocontagiosas com adolescentes, promoção do envelhecimento ativo e saudável e o descarte correto de resíduos.

A territorialização, realizada por discentes do curso de graduação de Enfermagem, contribuiu não só para nortear ações extensionistas, mas também para o exercício da capacidade de planejamento, organização, coordenação, priorização de problemas, enfrentamento e avaliação, bem como para a reflexão de cunho social, cultural e filosófico sobre as desigualdades sociais e

inequidades em saúde estruturais e históricas existentes na sociedade brasileira, atividades que fazem parte da rotina de um enfermeiro independentemente do nível de atenção à saúde em que atua.

Portanto, para formular um diagnóstico situacional, deve-se obter dados a respeito dos principais problemas de saúde e dos determinantes sociais de saúde, interpretá-los e transformá-los em informações para produzir conhecimentos que subsidiem o planejamento de uma intervenção.

O diagnóstico situacional é construído por meio de três etapas: preparatória, levantamento de dados e análise e interpretação de dados.

5.1 Etapa 1 – Preparatória

A construção do diagnóstico situacional requer planejamento prévio para definir o que se objetiva saber e qual será a melhor forma de obter essa informação.

- **Escolha do território**

Deve-se definir qual território será diagnosticado e qual a sua abrangência - nacional, regional, estadual, municipal, subprefeitura, distrito administrativo, bairro.

- **Formação da Equipe**

A equipe deve ser formada, preferencialmente, de forma multidisciplinar, envolvendo representantes da população, técnicos de saúde e/ou de outros setores, agentes comunitários, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros profissionais.

- **Planejamento**

Os dados já existentes sobre esse território podem ser levantados e sistematizados, o que permitirá identificar quais são os dados faltantes a serem levantados. Dessa forma, define-se quais dados serão coletados, qual será a forma de coleta, em que período

serão coletados, qual o orçamento financeiro da equipe e como as tarefas serão distribuídas.

5.2 Etapa 2 – Levantamento de dados

O levantamento de dados consiste na obtenção de informações referentes ao território a ser diagnosticado e envolve dados demográficos, sociodemográficos, epidemiológicos e socioambientais.

Quadro 4 – Dados a serem levantados sobre o território objeto do diagnóstico situacional

Histórico do território	processos de ocupação do território, influências culturais;
Demografia	população total, densidade demográfica, faixa etária, gênero, raça/cor;
Socioeconômico	renda familiar média, beneficiários do bolsa família, nível de escolaridade, taxa de desemprego, tipo de emprego predominante, condições de moradia;
Epidemiológico	cobertura vacinal, dados de morbimortalidade, notificações de emergências em saúde, surtos e epidemias;
Socioambiental	sistema de esgoto, abastecimento de água, coleta de lixo; áreas de risco ambiental e áreas de preservação ambiental;
Infraestrutura	condições das ruas, avenidas e vielas, acesso à rede elétrica;
Equipamentos de Atenção à Saúde	unidades básicas de saúde, hospitais dia, unidades de pronto atendimento, centros de referência DST/AIDS, assistência médica ambulatorial, centros de atenção psicossocial, hospitais, instituições de longa permanência;

Equipamentos de Educação	centros educacionais, escolas, universidades;
Equipamentos de Assistência Social	centros de referência de assistência social, centros de defesa e de convivência social, núcleos de convivência, centros para crianças e adolescentes, centros de acolhida;
Áreas de lazer e esporte	praças, centros esportivos, casas e centros culturais, museus, teatros, cinemas;
Acesso	barreiras geográficas, tipos de transporte;
Organizações políticas e sociais	associações de bairro, igrejas, organizações não governamentais, oficinas de geração de renda, movimentos sociais e líderes sociais e políticos.

Fonte: Elaborado pelos autores.

A obtenção dos dados pode ser realizada por duas diferentes e complementares maneiras: utilizando-se dados primários e secundários.

- **Dado Primário**

Os dados primários são aqueles que ainda não foram coletados e sistematizados. Podem ser obtidos por meio da técnica da estimativa rápida e pela observação *in loco*.

Técnica da Estimativa Rápida

A Técnica da Estimativa Rápida diz respeito à realização de entrevistas por meio de aplicação de questionários ou instrumentos de coleta de dados com informantes-chave, ou seja, atores sociais locais que apresentam vasto conhecimento sobre o território como líderes comunitários, comerciantes e voluntários em organizações governamentais ou não governamentais.

Por meio dessa técnica, é possível a análise de dados quantitativos e qualitativos, permitindo a participação da comunidade no processo de reconhecimento de vulnerabilidades e necessidades sociais que vivenciam em seu território, bem como a

reflexão da comunidade sobre quais são as possíveis intervenções para que haja melhoria local. Dessa forma, é recomendado que a Técnica da Estimativa Rápida seja realizada através de uma relação horizontal entre o entrevistador e o entrevistado, existindo escuta ativa e qualificada e a troca de saberes.

Entrevista com informante-chave

Há quanto tempo você mora neste bairro?

Quais são as principais mudanças observadas que ocorreram ao logo desse tempo no bairro?

Como surgiu o bairro?

Conhece alguma curiosidade ou particularidade sobre o bairro?

Quais são os principais problemas enfrentados pelos moradores do bairro?

Observação *in loco*

Durante o processo de observação *in loco*, deve-se percorrer o território realizando o registro de suas percepções a respeito do ambiente físico - problemas de saneamento, acúmulo de lixo, áreas de preservação ambiental, vias públicas e condições de moradia, serviços e equipamentos oferecidos - saúde, assistência social, educação e lazer.

A observação *in loco* deve ser realizada, preferencialmente, por meio de um roteiro que disponha das variáveis a serem observadas para que, no momento de análise e interpretação de dados, as observações possam ser discutidas e comparadas entre os participantes que realizam o diagnóstico situacional.

- **Dados secundários**

Os dados secundários são aqueles que já foram coletados por outras pessoas ou instituições e estão disponíveis para acesso em bancos de dados ou arquivos, como prontuários. Exemplos:

Leitura de prontuários

Prontuários eletrônicos

Prontuários impressos e manuscritos

Levantamento em bancos de dados e boletins informativos emitidos por sistemas de informação de órgãos e instituições governamentais e não governamentais

DATASUS

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SIM – Sistema de Inspeção Municipal

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIS-PRENATAL

SISCOLO/SISMAMA

5.3 Etapa 3 – Análise e interpretação de dados

A etapa 3 refere-se à análise e à interpretação dos dados que foram coletados nas etapas anteriores e à sua transformação em informações. A partir dessas informações é possível compreender a situação de saúde do território, definir quais são os problemas e as necessidades de saúde e definir quais são prioritários para a construção de um plano de ação para seu enfrentamento.

A análise deve ocorrer de forma permanente, considerando a dinamicidade do território, ou seja, um espaço em permanente transformação em seus perfis demográfico, epidemiológico, político e sociocultural, havendo a necessidade de observação e análise permanente para que as transformações e relações sejam percebidas.

Ainda, deve-se realizar a análise de forma interdisciplinar e referenciada, uma vez que a interdisciplinaridade permite que os dados levantados sejam interpretados por distintos saberes e de forma crítica.

6



Relato Discente sobre a Realização do Diagnóstico Situacional e as Implicações na Aprendizagem

Discente Rafael Luiz de Souza
Discente Giovanna Nery Sanches



Relato Discente sobre a Realização do Diagnóstico Situacional e as Implicações na Aprendizagem

Discente Rafael Luiz de Souza
Discente Giovanna Nery Sanches

Este capítulo baseia-se na experiência de dois alunos do terceiro semestre do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário São Camilo. A experiência relatada se deu na microárea 5 da área de abrangência da equipe de ESF 5, cor prata, da UBS/ESF Parque São Lucas, no bairro do Parque São Lucas e nas microáreas 1 a 6, Sol e Lua, no território de abrangência da UBS/ESF Luiz Ernesto Mazzoni, localizada na Vila Liviero em São Paulo, no período de março a junho de 2022.

O diagnóstico situacional foi realizado através de pesquisa de campo quantitativa, descritiva e transversal.

Para as entrevistas, dados primários, utilizamos um instrumento com perguntas elaboradas pelas docentes do Centro Universitário São Camilo, mediante os questionamentos realizados pelos ACS durante o cadastro das famílias e validado pelos alunos em sala de aula.

Nesse instrumento constavam perguntas sobre as condições de moradia, saúde, as principais doenças que acometem a população da microárea, as condições de higiene e saneamento básico, meios de locomoção disponíveis para a população, práticas de lazer disponíveis, recursos e instituições que atuam no território e fatores socioeconômicos. Os dados levantados através das entrevistas foram registrados no Forms.

Essa coleta de dados foi realizada no período da manhã, por duplas de alunos. As duplas foram direcionadas pelo ACS, que considerou os domicílios onde havia pessoas disponíveis e

interessantes para nos receber naquele momento. Após sermos recebidos pelo(a) morador(a), nos apresentávamos, aferíamos a pressão arterial e começávamos a coleta de dados. Ao todo foram 53 pessoas entrevistadas.

Com esses dados em mãos foi possível mapear as características dessas pessoas. Para traçar tal perfil, foram confeccionados gráficos para melhor visualização dos dados coletados, como sexo, idade, escolaridade, etnia, entre outros. A maior parte dos entrevistados referiu utilizar a UBS de referência como o serviço de saúde prioritário e se dizia satisfeita com os serviços prestados.

Foi realizada, também, a confecção do mapa de riscos, com base nos problemas relatados durante as entrevistas, bem como na observação dos próprios estudantes. Sendo assim, foi possível diagnosticar focos de riscos que precisavam de melhoria na via pública.

Os dados secundários foram obtidos através de documentos diferenciados, a saber:

- Prontuários dos familiares dos entrevistados para complementação de informações;
- DATASUS dos bancos de informação sobre mortalidade e morbidade, com a utilização da ferramenta Tabnet;
- Dados de doenças de notificação compulsória da UBS/ESF no último ano.

Com os dados secundários em mãos, traçamos um paralelo entre o distrito administrativo onde atuamos, Parque São Lucas e distrito Sacomã, e os distritos Alto de Pinheiros e distrito Vila Mariana, respectivamente. Comparamos os coeficientes de mortalidade por causas específicas (CM), mortalidade infantil e coeficiente de mortalidade materna entre as duplas de distritos escolhidos. Na comparação entre Parque São Lucas e Alto de Pinheiros, o segundo distrito teve números menores, o que evidencia melhor qualidade de vida em Alto de Pinheiros. Nos

chamaram a atenção os casos de diabetes *mellitus*, que apresenta um CM de 1,0 ponto maior em São Lucas quando comparado a Pinheiros. Por se tratar de uma doença que na maioria dos casos pode ser evitada e monitorada pelos serviços de saúde, esse dado nos leva a crer que a diferença socioeconômica entre os distritos impacta de forma significativa na qualidade de vida e no acesso a informações que esses residentes possuem.

Também foi coletado o número de casos de tuberculose, sífilis, HIV, varicela, esquistossomose e Covid-19 para o Parque São Lucas e distrito Sacomã. No primeiro distrito, o número de casos de sífilis foi o maior, estando atrás apenas dos números de caso de Covid-19. Já no distrito Sacomã, o número maior de casos também foi de sífilis e, em segundo lugar, de dengue.

Com base nessas informações e no mapa de riscos, fizemos a problematização das situações. Os problemas listados foram pontuados de acordo com dois quesitos: gravidade e governabilidade. O primeiro, definido aqui pelo risco de causar morte na população residente e importância na comunidade; já o segundo, caracterizado pela possibilidade da equipe de saúde, principalmente o enfermeiro, em fazer ações/intervenções para gerenciar e/ou diminuir os fatores que possam gerar ou agravar essas situações. Cada um desses itens foi pontuado de 0 a 10, e a soma desses números nos deu o resultado de priorização para intervenção na determinada causa. Pautados por esse resultado, traçamos estratégias de intervenção para o item que teve maior pontuação.

Um quadro de intervenção foi montado, apresentando o objetivo da ação, uma descrição detalhada e o tempo gasto para executá-la, com foco nas estratégias de prevenção e promoção da saúde.

Toda essa pesquisa resultou em uma dissertação que foi entregue para a professora responsável pela estrutura curricular, bem como para a equipe de saúde e foram realizadas duas apresentações, uma em sala de aula para professores e alunos, e

outra para a equipe das referidas UBSs de cada território onde fizemos o diagnóstico situacional.

Após a entrega da dissertação, os alunos realizaram a apresentação oral para as equipes das referidas UBSs. Na UBS Luiz Ernesto Mazzoni, essa devolutiva ocorreu no dia 24 de junho de 2022 na presença do preceptor responsável e dos discentes do 9º semestre de Enfermagem do Centro Universitário São Camilo que realizavam estágio no mesmo *campus*, não sendo possível a devolutiva para a equipe da Unidade devido à indisponibilidade da equipe. Na apresentação foram discutidos a criação do SUS, os princípios do SUS, a ESF, territorialização, diagnóstico situacional, objetivo do estudo, local da pesquisa, participantes da pesquisa, análise dos dados epidemiológicos, mapa de risco das microáreas, análise dos dados primários e os problemas levantados pelo grupo. A problematização contou com a descrição da doença, dos sinais e sintomas, da transmissão, da profilaxia e com a proposta de intervenção. No decorrer da apresentação, os alunos se sentiram acolhidos e motivados pelo preceptor e alunos que assistiam à devolutiva, pois se demonstraram interessados a todo momento. Os alunos puderam desenvolver o raciocínio clínico em relação à dengue e à sífilis através dos questionamentos dos alunos do 9º semestre.

No diagnóstico situacional, conseguimos mapear os problemas que mais afetavam a vida cotidiana dos residentes da microárea. Através dele, desenvolvemos e aprendemos como expressar de forma clara e sucinta a finalidade de cada dado coletado, além de construir um projeto de pesquisa, selecionando as técnicas de coleta de dados mais adequadas, a fim de observar fatos e fenômenos da maneira como ocorrem na realidade da microárea pesquisada. Isso posto, enriquecemos nossos conhecimentos ao classificar e solucionar problemas relacionados às doenças pesquisadas nos dados primários e secundários, e que mais acometem a população.



Referências Bibliográficas

1 CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114p. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Planejamento-2010.pdf. Acesso em: 11 mar. 2023.

2 ARTMANN, E. **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, 1993. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-127965>. Acesso em: 11 mar. 2023.

3 SALES O.P.; VIEIRA, A.F.B.; MARTINS, A.M.; GARCIA, L.G.; FERREIRA, R.K.A. **O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história**. Rev. Humanidades e Inovação. V.6, n.17, 2019: 54-65. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1045>. Acesso em: 11 mar. 2023.

4 RIBEIRO, L.C.C.; RIBEIRO, M.; DIAS, K.S.; MATOS, K.A.; FERREIRA, T.S. **O diagnóstico administrativo e situacional como instrumento para o planejamento de ações na Estratégia de Saúde da Família**. Cogitare Enferm. V. 13, n. 3, 2008: 448-52. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/13044>. Acesso em: 11 mar. 2023.

5 MACINKO, J.; HARRIS, M.J. **Brazil's Family Health Strategy**. N Engl J Med. 2015 Sep 24;373(13):1278. doi: 10.1056/NEJMc1509056. PMID: 26398087. Disponível em: [https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2016/dec/brazils-family-health-strategy-using-community-health-care-workers#:~:text=Brazil's%20Family%20Health%20Strategy%20started,six%20CHWs%20\(Exhibit%201\)](https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2016/dec/brazils-family-health-strategy-using-community-health-care-workers#:~:text=Brazil's%20Family%20Health%20Strategy%20started,six%20CHWs%20(Exhibit%201)). Acesso em: 01 out. 2023.

6 MACINKO, J.; MENDONÇA, C.S. **Estratégia de Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados**. Saúde Debate. V.42, n. especial 1, 2018: 18-37. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgRFHmdqnMcP3GG8JTB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2023.

7 BRASIL. Centro Cultural do Ministério da Saúde. **O SUS: a saúde no Brasil**. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/sus/antes-depois.php>. Acesso em: 28 set. 2023.

8 SILVA, C.S.S.L.; KOOPMANN, F.F.; DAHER, D.V. **O diagnóstico situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária a Saúde, 2016**. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/345>. Acesso em: 11 mar. 2023.

9 BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Brasília, MS, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_reorientacao_profissional_saude.pdf. Acesso em: 11 mar. 2023.

10 SILVA, M.C.F.; JESUS, M.B.; AZEVEDO, B.A.; ANDRADE, L.B.; FACHINI, M.T.; XAVIER, L.P.; OTANI, M.A.P. **Diagnóstico situacional em saúde como estratégia de aprendizagem para estudantes de enfermagem e medicina.** Rev. Saúde em Redes. N.7 (supl. 2), 2021. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3308> Acesso em: 11 mar. 2023.

11 BEZERRA, I.N.M.; NASCIMENTO, J.L.; VIEIRA, N.R.S.; SILVA, R.P.C. *et al.* **A atualização da aprendizagem baseada em problema (ABP) na formação em saúde: um relato de experiência.** Rev. Ciência Plural. V. 6, n.1. 2020: 102-118. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/18184/12537>. Acesso em: 11 mar. 2023.

12 KLEBA, M.E.; KRAUSER, I.M.; VENDRUSCOLO, C. **O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis. V. 20, n.1. 2011:184-93. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/MJ874KDGTwVjm9f4LWpcvCR/abstract/?lang=pt> Acesso em: 11 mar. 2023.

13 NALOM, D.M.F.; GHEZZI, J.F.S.A.; HIGA, E.F.R.; PERES, C.R.F.B.; MARIN, M.J.S. **Ensino em saúde: aprendizagem a partir da prática profissional.** Ciência e Saúde Coletiva. V. 24. N. 5, 2019: 1699-1708. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5srtMLMGXYVz5Qs4bBCCJHJ/abstract/?lang=pt> Acesso em: 11 mar. 2023.

14 ROCHA, S. A.; DA SILVA, B. V. S.; SANTOS, A. S. F.; LACERDA, M. S.; CARDOSO, C. P. M.; OLIVEIRA, V. C. A. **Territorialização e diagnóstico situacional no contexto da pandemia.** Vale do Rio Verde, 2021. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/6332>. Acesso em: 02. abr. 2023.

15 SOUZA, L, M. **Estratégias de promoção da segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão integrativa.** Revisão integrativa. 2022. 49 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2022. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/26498>. Acesso em 31 mar. 2023.

16 MEZORABA, E. **Prática avançada de enfermagem: diagnóstico situacional quanto à implementação na atenção primária à saúde.** 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufcspa.edu.br/items/8bfc03a4-b03c-4a94-8ed9-dd7f303b8f35>. Acesso em: 01 abr. 2023.

17 RENSBURG, J.V.M.N.S; MARCUS, T.S. **Evaluating community health worker education policy through a National Certificate (Vocational) Primary Health qualification lens.** Afr. J Prim. Health Care Fam Med.; 12(1): e1-e11, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.org.za/pdf/phcfm/v12n1/10.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2023.

18 EKO, P.; WAHYU, U.; ZULHABRI, O.; ARI, W.; ABDUL, R.; ANDI, H. **Avaliação do uso racional de medicamentos com base nos indicadores de prescrição da Organização Mundial da Saúde em um centro de atenção primária em Pamekasan East Java, Indonésia.** J Basic Clin. Physiol Pharmacol; 30(6) 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6650627/>. Acesso em: 01 abr. 2023.

19 LOCH, Mathias Roberto; LEMOS, Emmanuely Correia de; CONSTANTE, J, P; RECH, Cassiano Ricardo. **Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar intervenções em relação aos princípios da Promoção da Saúde.** Epidemiol. serv. Saúde: 30(3): e2020627, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/BFW4TTB5D5PtWQn3kGhZmsQ/>. Acesso em: 01 de abr. 2023.

20 AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. **The Patient-Centered Medical Home: Integrating Comprehensive Medication Management to optimize Patient Outcomes.** 2016. Disponível em: https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/practice_management/pcmh/initiatives/Integrating-Comprehensive-Medication-Management-Optimize-Outcomes.pdf. Acesso em: 01 abr. 2023.

21 AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. **Primary Care for Patients.** 2019. Disponível em: <https://www.aafp.org/about/policies/all/primary-care-for-patients.html>. Acesso em: 01 abr. 2023.

22 BARBOSA, Rafaela da Silva Coelho; FERNANDES, Sthefany Costa; Gracy; FURTADO, Carlos Alberto; COUTO, Larissa Gonçalves do; DUARTE, Camilla de Paula; ALVES, Danielle de Paula Aprigio. **Diagnóstico situacional: ferramenta para o planejamento de ações em fisioterapia na atenção básica à saúde.** Rev. baiana saúde pública; 43(3): 719-729, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1253098>. Acesso em: 01 abr. 2023.

23 RUBIN, Leonardo Librelotto. **Educação popular na atenção primária à saúde: as diferenças entre as necessidades educativas do usuário e do profissional de saúde.** Porto Alegre; s.n. 35 p. 2010.

24 ESTEVÃO, T. A.; SOUSA, M. N. S. **Capacitação Inter profissional sobre gestão da demanda, acolhimento e classificação de risco na Atenção Primária à Saúde.** Revista Eletrônica Acervo, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e12031.2023>. Acesso em: 01 abr. 2023.

25 ANZILIERO, G. G. S. V. **Diagnóstico situacional da equipe 01 da área 31 da unidade de saúde Padre Monti em Foz do Iguaçu-PR: indicadores de desempenho.** 2022. Disponível em: <https://dspace.unila.edu.br/handle/123456789/7112;sessionid=5C01FCC8658E1823FD96C58135298994>. Acesso em: 01 abr. 2023.

26 CARRER, C; MARCHINI, J. G. S.; KHALAF, D. K.; FREIRE, M. H. S. **Atenção Primária e capacitação profissional para aplicação das Práticas Integrativas e Complementares: Revisão Integrativa**. 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1425457>. Acesso em: 01 abr. 2023.

27 SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Documento de referência para o aprimoramento da formação em medicina de família e comunidade no Brasil**. 2019. Disponível em :<https://www.sbmfc.org.br/media/files/documento-de-referencia-para-o-aprimoramento-da-formacao-em-medicina-de-familia-e-comunidade-no-brasil.pdf> . Acesso em: 01 abr. 2023.

28 SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Princípios e diretrizes para a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil**. 2018. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/media/files/principios-e-diretrizes-para-a-organizacao-da-atencao-primaria-a-saude-no-brasil.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2023.

29 BERBEL, N. A. N. **A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?** Interface (Botucatu) 2 (2) Fev 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/BBqnRMcdxXyvNSY3YfztH9J/>. Acesso em: 10 abr. 2023.

30 SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES MELLITUS. **Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes**. SBD, 2023. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>. Acesso em: 01 out. 2023.

31 GROSSI, Sonia Aurora Alves; PASCALI, Paula Maria. **Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus**. Departamento de enfermagem da Sociedade Brasileira de Enfermagem. São Paulo, 2009. Disponível em: https://www.saudedireta.com.br/docsupload/13403686111118_1324_manual_enfermagem.pdf. Acesso em: 01 out. 2023.

32 VENCIO, Sergio. **Tratamento do diabetes mellitus adulto: alvos glicêmicos e diretrizes conforme a sociedades médicas**. Cap 6, p. 88-97. LYRA; CAVALCANTE; DIAS SANTOS (org). **Diabetes Mellitus: uma abordagem cardiovascular**. Editora Clannad. São Paulo. 2019.

33 BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes gerais sobre aprendizagem híbrida**. Brasília, 2021. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=227271-texto-referencia-educacao-hibrida&category_slug=novembro-2021-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 8 dez. 2023.

34 ANDRADE, D. P. C. M; MONTEIRO, M. I. **Educação híbrida: abordagens práticas no Brasil**. Revista Eletrônica Científica Ensino Interdisciplinar, UERN, v. 5, n. 14, out. 2019. Disponível em: <https://periodicos.apps.uern.br/index.php/RECEI/article/view/1676>. Acesso em: 8 dez 2023.

Referências Bibliográficas

35 ALMEIDA, M. E. B; VALENTE, J. A. **Tecnologias e currículo: trajetórias convergentes ou divergentes?** São Paulo: Paulus, 2011.

36 UNESCO. **Declaração Mundial sobre Educação Superior: visão e ação.** Paris: UNESCO, 1998. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000140457>. Acesso em: 01 out. 2023.



Apêndices

APÊNDICE A

Instrumento de coleta de dados para estimativa rápida

1



INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA ESTIMATIVA RÁPIDA

Entrevistador: _____

Data: _____

PERGUNTAS PARA O MORADOR/INFORMANTE CHAVE

1) Identificação do entrevistado

Nome: _____

Idade: _____

Endereço: _____

Nº do cartão SUS: _____

Nº Cartão Família (área/micro área/família): _____

Identidade de gênero: _____

Como o(a) Sr(a) considera sua cor ou etnia: () Branco () Preto () Amarelo () Outra _____

Profissão: _____

Escolaridade: () analfabeto () fundamental incompleto () fundamental completo () ensino médio incompleto () ensino médio completo () superior incompleto () superior completo () pós-graduação

Tempo que mora no bairro: ___ meses ou _____ anos

Procedência: País _____ Estado _____ Cidade _____

2) Condições da moradia do entrevistado

Moradia: () própria () alugada () outra _____

Cômodos: número: _____

Local de preparo do alimento: () sim () não

Conservação dos alimentos - tem geladeira? () sim () não

Banheiro em relação a habitação: () interno () externo () ausente

Nº _____

Limpeza: () muito boa () boa () razoável () ruim

Ventilação: () boa () ruim (todos os cômodos da casa tenham janelas e/ou portas)

Acesso a moradia: () bom () ruim () muito ruim

Nº de habitantes na moradia: _____

3) Saúde

Qual o Serviço de Saúde que sua família mais usa?

() PS () AMA () Hospital () UBS () outras

Como está a qualidade do Serviço de Saúde da UBS que atende os moradores do bairro?

- Dificuldade de atendimento: () Sim () Parcialmente () Não;
- Acolhimento/humanização: () Sim () Parcialmente () Não;
- Resolução dos problemas: () Sim () Parcialmente () Não;
- Oferta de medicamentos necessários: () Sim () Parcialmente () Não;
- Participação social: () Sim () Parcialmente () Não

4) Trabalho e renda

Possui carteira de trabalho assinada? () sim () não

Você recebe algum benefício público? () não () sim Qual? _____

O que você recebe de salário costuma ser suficiente para sua manutenção e da família?

() sim () não

5) Transporte

Qual é o meio de transporte que você mais utiliza? _____

Avalie o meio de transporte público quanto a:

- Quantidade: () muito boa () boa () razoável () ruim
- Regularidade: () muito boa () boa () razoável () ruim
- Cobertura territorial: () muito boa () boa () razoável () ruim

6) Educação

Existem pessoas analfabetas no bairro? () Sim () Não () Não sabe

Onde as pessoas do bairro estudam? _____

Qual é o grau de instrução da maioria da população adulta do bairro? () fundamental () médio () superior

O que você acha da qualidade das escolas do bairro?

() muito boa () boa () razoável () ruim

7) Comunicação da ou para a comunidade (Pode assinalar mais de uma alternativa)

Qual o meio de comunicação mais usado pelos moradores?

- () Jornal do bairro;
- () Celular (Whatsapp, SMS, telefone);
- () Televisão;

- () Rádio comunitária;
- () Panfletos;
- () Mural da UBS;
- () e-mail ou meios eletrônicos (computador)
- () Outros Qual? _____

Há Instagram ou Facebook da comunidade? () Não () Sim Endereço _____

8) Grupos comunitários/ Programas Sociais

Há alguma organização não governamental (ONG) e ou grupos comunitários da população no bairro? () sim () não

Se há alguma organização qual é/são? _____

Quais são os serviços que ofertam para a comunidade? _____

A comunidade participa dos programas? () sim () não () as vezes () não sei

A comunidade faz uso desses programas? () sim () não () as vezes () não sei

Quais são os programas sociais existentes no Bairro? () Programas do Leite () Bolsa Família () outros. Qual? _____

9) Lazer

Há lazer disponível para a população no interior do território do bairro? () sim () não

Se a resposta anterior for sim. Qual? _____

Quais são os maiores problemas do bairro, segundo a sua percepção?

APÊNDICE B

Perguntas para o agente comunitário

4

PERGUNTAS PARA O AGENTE COMUNITÁRIO

1) Histórico do bairro

Quando e como surgiu o bairro? _____

De onde vieram a maioria dos habitantes do bairro?

Por que o nome do bairro é _____?

2) Condições de moradia e saneamento (mapear em desenho do território)

Identifique os tipos e as condições de moradia das pessoas do bairro? (Alvenaria? Moradia conjunta? Palafita? Área de invasão? Outras?)

Quais são os tipos de serviços existentes no território?

() supermercados ou mercado de alimentos

() farmácia

() feira livre

() padaria

() cuidado para animais de estimação

() estética

() bar

() hospital/ Pronto Socorro

() Escolas

() Oficina mecânica

() Academia

() outros. Quais _____

O que a população faz com o lixo?

Há coleta pública em todo o território? Quais dias? Qual horário?

De onde vem a água que a comunidade consome? () Sabesp () Bica () Poço ()

Outros. Quais?

Possui rede de coleta de esgoto? () sim () não

Quais são os principais riscos à saúde existentes no território? (localizar no mapa)

Fazer o mapa do território: com apontamento e legenda de identificação das áreas de risco, equipamentos sociais e de saúde (CHECAR COM O AGENTE COMUNITÁRIO)

3) Enumerar os recursos e instituições existentes que atendem o território

Instituição	Número
Creches públicas	
Creches privadas	
Escola infantil pública	
Escola infantil privada	
Escola pública de ensino fundamental	
Escola privada de ensino fundamental	
Escola pública de ensino médio	
Escola privada de ensino médio	
Universidade	
Instituições religiosas de todas as religiões	
Bares	
Casas noturnas/tabacaria	
Indústrias	
Praças	

4) População da micro área por faixa etária

Total da população: _____

Total de < de 1 ano: _____

Total de mulheres de 12 a 50 anos: _____

Total de adultos de 20 a 59 anos: _____

Total de pessoas idosas: _____

Doenças e/ou agravos no ano anterior	Número
Hipertensão	
Diabetes	

Tuberculose	
Hanseníase	
AIDS	
Sífilis	
Gestantes	
Doenças respiratórias (COVID-19 entre outras)	

Identificar via SIGA qual é a cobertura vacinal básica dos < de 1 ano

APÊNDICE C

Perguntas para a gerente ou responsável técnica da UBS

7

PERGUNTAS PARA O GERENTE OU RESPONSÁVEL TÉCNICA DA UBS

- 1) Perfil epidemiológico da UBS e da micro área (PROFESSOR DEVE SOLICITAR À GERENTE O DIAGNÓSTICO REALIZADO PELA UNIDADE DE SAÚDE).
- 2) Descrever a unidade básica de saúde – história da unidade, número de equipes, serviços oferecidos pela unidade.
- 3) Descrever as Atividades desenvolvidas por ciclo vital na unidade de saúde (criança, adolescente, mulher, homem e idoso) (SOLICITAR INFORMAÇÕES À ENFERMEIRA DA EQUIPE).



Este *e-book* foi composto nas fontes
Berlin Sans Fb e Sabon.

São Paulo, dezembro de 2023.



CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃO CAMILO