



Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
CAIC VIRGEM DOS POBRES

MACEIÓ 02 DE JULHO DE 2021



Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família

Equipe de elaboração

Erivaldo Santos de Lima - *Fisioterapeuta (CREFITO-1: 300010-F). Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Aperfeiçoamento em Saúde Pública e em Vigilância em Saúde pela Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo (FAMEESP).*

Jucélia Gonçalves De Souza Alves - *Psicóloga (CRP15: 5114). Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).*

Marcos Paulo Santana De Oliveira - *Cirurgião Dentista (CRO-AL 5038). Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).*

Preceptora

Maria Luzilane Omena de Moura - *Assistente Social (CRESS-1360/AL). Especialização em Controle Social das Políticas Públicas pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Atualmente está Gerente da Unidade Básica de Saúde CAIC Virgem dos Pobres.*



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE - Agente de Combate à Endemias
ACS - Agente Comunitário de Saúde
ASB - Auxiliar de Saúde Bucal
AVC - Acidente Vascular Cerebral
CAIC - Centro de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente
CMEI - Centro Municipal de Educação Infantil
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM - Diabetes Mellitus
EAB - Equipe de Atenção Básica
ESF - Estratégia Saúde da Família
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio
IMC - Índice de Massa Corporal
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
LGBTQIA+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer's, Intersexuais e Assexuais
NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS - Organização Mundial da Saúde
PCD - Pessoas com Deficiência
PES - Planejamento Estratégico Situacional
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAIPN - Política Nacional de Atenção Integral da População Negra
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente
PNH - Política Nacional de Humanização
PNPICS - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TSB - Técnico de Saúde Bucal
UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
METODOLOGIA	8
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	9
Estrutura e funcionamento da UBS	9
O território	16
Os aparatos/equipamentos sociais no território	17
A percepção do(a) usuário(a)	18
SITUAÇÃO DE SAÚDE - DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E SOCIODEMOGRÁFICOS	22
Diabéticos e Hipertensos	34
Acidente Vascular Cerebral e Infarto	35
Acamados e Domiciliados	35
Hanseníase e Tuberculose	36
Álcool, Tabaco e outras substâncias psicoativas	36
Uso de Plantas Medicinais	37
Outros apontamentos	44
PARECER DO DIAGNÓSTICO - CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
APÊNDICE A - FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL DO E-SUS ATENÇÃO BÁSICA	53

INTRODUÇÃO

Instituído em 1988 com a Constituição Federal Brasileira o Sistema Único de Saúde advém de uma grande mobilização social protagonizada por entidades sindicais, intelectuais, pesquisadores, estudantes e políticos insatisfeitos com o então modelo de saúde daquela época - modelo limitado ao perfil do cidadão, privatista, fragmentado e sem resposta às reais necessidades de saúde da população brasileira. O movimento propulsor das grandes transformações no fazer saúde a nível Brasil ficou conhecido como movimento da reforma sanitária.

De lá para cá, passados mais de 30 anos, percebe-se grandes avanços, assim como, a persistência de alguns problemas, a citar, o modelo de atenção à saúde ainda refém da lógica hospitalocêntrica, medicalizadora e cada vez mais especializada em detrimento da perspectiva da saúde da família, que é pautada nas tecnologias leves do cuidado, tendo a atenção primária como principal porta de entrada do SUS e com o papel de coordenação e ordenação do cuidado, centrada na determinação social dos processos saúde-doença, na corresponsabilização do cuidado, construção do vínculo e trabalho em equipe.

Como um grande avanço pós constituinte e pós criação do sistema de saúde vale frisar a indução de outras políticas públicas que o SUS desencadeou visando efetivar os seus princípios e diretrizes. Dentre estas políticas está a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

A portaria que aprovou a PNAB foi a portaria 2.488 de 2011, posteriormente sofreu algumas alterações com a portaria 2.436 de 2017 (BRASIL, 2011; 2017). De acordo com esta portaria (BRASIL, 2017, *online*):

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

§1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas

as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

São princípios da PNAB a integralidade, a universalidade e a equidade, são suas diretrizes: a territorialização, população adscrita, regionalização e hierarquização, o cuidado coordenado e centrado no cidadão, ordenado em rede, com resolutividade e com ampla participação comunitária, além de considerar a perspectiva da longitudinalidade na atenção ao usuário (BRASIL, 2017).

O município de Maceió, capital do Estado de Alagoas, localizado na região nordeste do país, possui 1.025.360 habitantes, PIB per capita de R\$ 22.126,34 e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,721 conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE . No que se refere ao aspecto saúde, a capital alagoana possui o índice de mortalidade infantil de 14,22 óbitos por nascidos vivos, índice de 0,7 internações por diarreia a cada mil habitantes e o total de 148 Estabelecimentos de Saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (IBGE, s/d); SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ, s/d).

É importante salientar que a cidade é dividida em oito distritos sanitários, sendo o território analisado neste diagnóstico situacional pertencente à Unidade de Saúde da Família CAIC Virgem dos Pobres, situada no II Distrito Sanitário de Saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ, s/d).

Conforme relato de servidores, a Unidade de Saúde da Família CAIC Virgem dos Pobres possui mais de vinte anos de existência, passou por reforma em 2017, visando a melhoria nos processos de trabalho. Porém, as modificações ocasionaram em consequências estruturais na unidade, tais como: infiltrações, alagamentos, entre outros, interferindo no fluxo de atendimento do serviço.

A UBS possui duas Equipes de Saúde da Família (ESF) compostas por: duas médicas, duas enfermeiras, três auxiliares/técnicas de enfermagem e dez agentes comunitários de saúde distribuídos entre as equipes e uma Equipe de Saúde Bucal na modalidade I. Conta ainda, com uma enfermeira, e duas cirurgiãs-dentistas de

demanda espontânea, uma médica (também de demanda), além de uma assistente social, uma psicóloga e profissionais de saúde residentes em saúde da família (fisioterapeuta, cirurgião-dentista e psicóloga).

Nessa perspectiva, ressalta-se a importância do planejamento das ações em saúde serem pautados nas reais necessidades de saúde do território. Assim, o presente diagnóstico torna-se essencial para o planejamento das ações na Unidade de Saúde tendo em vista que a Atenção Primária é a principal porta de entrada do SUS. Diante disso, o planejamento estratégico situacional construído com a finalidade de propor soluções para os problemas encontrados no diagnóstico situacional, possibilita intervenções mais eficazes, propiciando melhorias loco-regionais e conseqüentemente no sistema de saúde.

Assim, o objetivo deste trabalho é apresentar o diagnóstico situacional da Unidade de Saúde da Família CAIC Virgem dos Pobres.

METODOLOGIA

Trata-se de um diagnóstico situacional em saúde elaborado a partir do método de estimativa rápida. De acordo com Campos, Faria e Santos (2010) este método consiste em coletar informações da situação de saúde de um território de forma rápida e sistematizada, além disso, é uma estratégia que permite conhecer dados quanti qualitativos e com isso, obter informações em um curto espaço de tempo.

Utilizou-se como fonte primária de coleta de dados entrevistas semi-estruturadas com alguns informantes (usuários) escolhidos por conveniência em dias aleatórios de visita na UBS. As abordagens aconteceram em espaço externo à UBS para que o(a) cidadão não se sentisse pressionado(a) ou o espaço institucional por si só não inibisse ou influenciasse nas respostas. Inicialmente, o profissional de saúde residente se apresentou, perguntou se poderia conversar com o potencial entrevistado, explicou o objetivo da conversa e informou que nenhum dado pessoal seria coletado e que a conversa não seria gravada - mas que seriam feitos registros em diário de campo. Não houve recusa ou abstenção entre os potenciais informantes.

O questionário foi elaborado com base na pirâmide (perfil) de planejamento proposta por Campos, Faria e Santos (2010). A partir deste método é possível traçar um perfil geral da população quanto aos aspectos socioeconômicos - composição geral e identificação dos usuários adscritos, aspectos culturais, condições gerais de saúde, efetividade da política de saúde e assistência social no território.

Como fonte secundária, utilizou-se relatórios do e-SUS Atenção Básica - relatório gerado em 10 de março de 2021, especificamente, dados gerados a partir da ficha de cadastro individual dos cidadãos (Apêndice A). Os dados do e-SUS foram organizados em planilhas Google (*Google Sheets*) para facilitar a interpretação e a geração de gráficos, posteriormente, os dados brutos foram transformados em porcentagem.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Estrutura e funcionamento da UBS

A Unidade Básica de Saúde CAIC Virgem dos Pobres localizada na Av. Senador Rui Palmeira, s/n, Trapiche/Dique Estrada, integra o II Distrito Sanitário e de acordo com a Secretaria Municipal de Maceió é porte III (significa dizer que possui 3 equipes de Estratégia Saúde da Família - ESF e deve possuir infraestrutura compatível conforme Manual de Infraestrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, entretanto, na prática se configura como porte tipo II) com funcionamento durante os cinco dias da semana no período de 7 a 17h (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ, s/d; BRASIL, 2008).

Atualmente, a UBS dispõe apenas de duas equipes de ESF (das três que existiam anteriormente, uma ESF foi descredenciada) e uma equipe de demanda espontânea (composta por 1 Médica, 1 Enfermeira e uma Técnica em Enfermagem). As ESF são compostas por: 1 Médica; 1 Enfermeira e Técnicas em Enfermagem. As Equipes Saúde da Família da UBS CAIC Virgem dos Pobres são matriciadas pelo NASF-AB (eNASF-2) - Profissional de Educação Física, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Psicóloga.

Além disso, possui também 1 Equipe de Saúde Bucal (ESB) - modalidade II: 1 Cirurgião Dentista; 1 Técnico de Saúde Bucal e 1 Assistente de Saúde Bucal (ASB). Os principais serviços ofertados são: atenção à saúde da mulher, criança, adolescente, idoso e homem; à população em situação de rua; atendimento odontológico; assistência ao paciente com tuberculose e hanseníase; acompanhamento de gestantes e crianças cadastradas no programa Bolsa Família; vacinação; procedimentos básicos (como, curativos, retirada de pontos, nebulização, reidratação oral); exames (testes rápido de HIV, sífilis, hepatites B e C); coleta de citologia oncológica; teste do pezinho; exame de escarro e exames laboratoriais; dispensação de medicamentos

básicos; dispensação de contraceptivos e preservativos; planejamento familiar; grupos de educação em saúde; cadastro do cartão SUS; marcação de exames e consultas especializadas.

A descrição da estrutura física da UBS está abaixo representada no Quadro 1.

Quadro 1 - Descrição da infraestrutura da UBS.

QUANTIDADE	DESCRIÇÃO
3 (1 geral, 1 dos consultórios e 1 do consultório odontológico)	Recepção
1	Sala de internet (redes)
1	Escovódromo
5	Consultórios médico
2	Consultórios de pré-consulta
1	Esterilização
1	Expurgo
1	Arquivo
1	Sala de agendamento de consultas
1	Sala de vacina
1	Sala de curativos
1	Sala de nebulização
1	Farmácia
1	Banheiro para PCD
1	Banheiro coletivo para profissionais
1	Banheiro para os usuários
1	Sala dos ACS
1	Almoxarifado
1	Copa

1	Sala da direção
1	Sala de departamento de limpeza
1	Sala de citologia
1	Sala de coleta
1	Sala de psicologia
2	Consultórios odontológicos

Fonte: Os autores, 2021.

Abaixo no Quadro 2 realiza-se um comparativo entre o que é observado na prática cotidiana da UBS e o preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Quadro 2 - Comparativo entre realidade encontrada e preceitos da PNAB.

PERSPECTIVA IDEAL SEGUNDO A PNAB	O QUE TEMOS NA REALIDADE?
<p style="text-align: center;">1.0 - INFRAESTRUTURA E AMBIÊNCIA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A UBS deve ser adequada ao quantitativo da população adscrita; 2. Devem ser previstos espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores; 3. Devem ser construídas tendo como referência as normativas de infraestrutura vigente, bem como possuir identificação segundo os padrões visuais; 4. Devem ser cadastradas no SCNES; 5. Recepções sem grades (para não intimidar ou dificultar a comunicação etc); 6. Possuir a identificação dos serviços existentes, escala dos profissionais, horários de funcionamento e sinalização de fluxos, conforto térmico e acústico, espaços adaptados para PCD; 	<p style="text-align: center;">1.0 - INFRAESTRUTURA E AMBIÊNCIA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adequada (UBS porte tipo 2 - até 8 mil pessoas); 2. Não se adequa; 3. Se adequa parcialmente; 4. Possui cadastro no SCNES; 5. Parcialmente adequado; 6. Se adequa parcialmente. Elementos de identificação presentes, porém, desatualizados. Conforto térmico e acústico, espaços adaptados para PCD não se adequam; 7. Não se adequa; 8. Se adequa parcialmente. Não possui sala de atividades coletivas;

7. Equipamentos adequados, recursos humanos capacitados, materiais e insumos suficientes;
8. Recomenda-se os seguintes ambientes: consultório médico e de enfermagem, consultório com sanitário, sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica. Se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo; área de recepção, local para arquivos e registros, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência, banheiro público e para funcionários, entre outros ambientes conforme a necessidade;

2.0 - FUNCIONAMENTO

1. 40h semanais; 5 dias/semana; 12 meses do ano (horários alternativos poderão ser pactuados);
2. População adscrita por EAB e ESF de 2000 a 3500 pessoas (podem existir outros arranjos);
3. 4 equipes por UBS para atingir o seu potencial resolutivo;
4. Deverão seguir padrões essenciais e ampliados;
5. Oferta deverá ser pública, desenvolvida em parceria com o controle social;
6. A oferta de ações e serviços da AB deverá estar disponível aos usuários de forma clara, concisa e de fácil visualização;
7. Toda UBS deve monitorar a satisfação de seus usuários, oferecendo o registro de elogios, críticas ou reclamações por meio de livros, caixas de sugestões ou canais eletrônicos;

2.0 - FUNCIONAMENTO

1. Se adequa, porém há profissionais contratados com carga horária distinta (variando de 20 a 30 horas semanais);
2. Se adequa ao preconizado pela PNAB;
3. Se adequa parcialmente, pois possui duas equipes de Estratégia de Saúde da Família e uma Equipe de Atenção Primária para demanda espontânea;
4. Segue padrões essenciais, mas não ampliados;
5. Se adequa parcialmente: oferta pública, porém, distante da perspectiva de controle social;
6. Se adequa, porém, com informações desatualizadas;
7. Se adequa parcialmente;

8. As UBS deverão assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, mesmo que não sejam da sua área de abrangência;
9. Deverá estar afixado em local visível, próximo à entrada da UBS: Identificação e horário de atendimento; Mapa de abrangência, com a cobertura de cada equipe; Identificação do Gerente da Atenção Básica no território e dos componentes de cada equipe da UBS; Relação de serviços disponíveis; e detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe da área de abrangência da unidade;
10. Presença de ESF ou EAB com a seguinte composição:
ESF - Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. Para equipe de Saúde da Família, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no SCNES vigente.

EAB - As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à

8. Se adequa parcialmente;
9. Se adequa parcialmente. A UBS possui mapa de abrangência, porém, desatualizado e não disponível para toda população (assim, como, as escalas de atendimento de cada equipe); não possui a identificação do gerente de AB;
10. ESF se adequa e EAB não se aplica;

endemias.

A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais;

11. Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB) e de devem estar vinculados à uma UBS ou a Unidade Odontológica Móvel, podendo se organizar nas seguintes modalidades: Modalidade I: Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) e; Modalidade II: Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB;

3.0 - PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

1. Definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes;
2. Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população. Inclui também o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias dificultando o acesso dos usuários;
3. Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;
4. Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de

11. Se adequa. Modalidade II: Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB.

3.0 - PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

1. Se adequa;
2. Não se adequa;
3. Se adequa parcialmente;
4. Não se adequa;

saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;

5. Prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;
6. Realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio e em locais no território como escolas e espaços comunitários;
7. Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população;
8. Implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;
9. Participar do planejamento local de saúde e do monitoramento e a avaliação das ações de saúde, visando à readequação do processo de trabalho;
10. Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;
11. Apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social;
12. Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde.

5. Se adequa parcialmente;

6. Se adequa parcialmente;

7. Se adequa;

8. Se adequa parcialmente;

9. Não se adequa;

10. Se adequa parcialmente;

11. Não se adequa;

12. Se adequa parcialmente.

O território

A representação dos limites territoriais (área coberta pela UBS) está abaixo representada na Figura 1 com destaque em linha azul.

Figura 1 - Área coberta pela UBS CAIC Virgem dos Pobres II.



Fonte: Google Earth, 2021.

A área de abrangência da UBS parece ainda não ser um consenso entre os profissionais de saúde atuantes na ESF, isso ocorre, pois, com o descredenciamento de uma das equipes de ESF as áreas que antes eram cobertas precisaram de remanejamento, com isso, alguns ACS assumiram novas áreas e/ou cederam alguns trechos de suas microáreas para outros membros da equipe. A

divisão do território é confusa e parece não seguir uma lógica pré estabelecida, tal problemática dificulta os processos de trabalho, uma vez que, cada profissional tem o seu jeito próprio de entender/explicar a área de abrangência e a sua divisão quando deveria haver uma linguagem/compreensão alinhada.

Durante o processo de observação ativa do território foi possível perceber alguns aspectos inerentes às condições de vida e composição do território. Observou-se dentre outras coisas:

- A presença de diversos espaços de lazer (praças, campos de futebol, quadras de esporte);
- Presença de diversos bares, templos religiosos, escolas e mercearias;
- Percebeu-se grande quantidade de homens fazendo o uso de bebidas alcoólicas no turno matutino;
- Animais (cavalos, cachorros e suínos) soltos nas ruas;
- Esgoto à céu aberto em algumas áreas;
- Descarte inadequado de lixo em diversos pontos;
- Marisqueiras despincando sururu em áreas abertas e de pouca higiene;
- Área arborizada (avenida principal);
- Percebeu-se um predomínio de pessoas negras/pardas;
- Faixa para ciclistas/pedestres na avenida principal.

Os aparatos/equipamentos sociais no território

Os equipamentos sociais podem ser entendidos como espaços de encontro da população, como pontos estratégicos para articulação entre os serviços da atenção básica (intra-setorialidade e inter-setorialidade) e os diversos públicos do território (crianças, adolescentes, adultos e idosos), em outras palavras, são espaços privilegiados e potentes para a ação educativa em saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica traz como uma das atribuições do(a) gerente de atenção básica o conhecimento sobre os equipamentos sociais existentes no território, uma vez que, ajudará nas articulações que se

fizerem necessárias para atender a integralidade do cuidado da população (BRASIL, 2017).

A lista de equipamentos sociais observados no território (via *Google Maps*) está descrita no Quadro 3.

Quadro 3 - Equipamentos sociais identificados no território.

- Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) - Vice Governador Francisco Mello;
- CAIC - Centro de Atendimento Integrado à Criança Virgem dos Pobres;
- Escola Estadual Professor Tarcísio Jesus;
- Igreja Pentecostal Deus Forte;
- Ilê Axé Iemanjá Apará Yagarú;
- Assembleia de Deus Mutirão 2;
- Ilê Ológunedé Asé Iypondá Ifé Omim.

Fonte: O autores com informações do Google Maps, 2021.

A percepção do(a) usuário(a)

No processo de diagnóstico de situação de saúde de um dado território é crucial ouvir e considerar o que a população traz como potencialidades e fragilidades do serviço de saúde e do seu território, nessa perspectiva realizou-se entrevistas com alguns usuários (amostra aleatória e por conveniência) nas dependências da UBS - área externa para que os participantes não se sentissem inibidos.

Buscou-se conduzir a entrevista em um formato de conversa para dar informalidade ao momento e para que o(a) usuário(a) pudesse se expressar livremente diante de um questionário semi-estruturado. Nas abordagens, os residentes identificavam-se, perguntavam da disponibilidade da pessoa, em caso positivo (não houve nenhuma recusa) iniciava-se a explicação sobre o objetivo da conversa e esclareceu-se que o momento não seria gravado e nenhuma informação pessoal seria registrada/revelada, durante a conversa,

um dos residentes conduzia o momento enquanto o outro registrava as falas em um caderno de anotações.

O roteiro com as perguntas realizadas está abaixo descrito no Quadro 4.

Quadro 4 - Roteiro de entrevista.

1. Você se organiza com outras pessoas da comunidade para reclamar e/ou resolver os problemas do bairro. Ex.: segurança, saúde, ambiente). (Se sim: como?. Se não: já pensou nisso?)
2. Você já ouviu falar em controle social?
3. Você sabe quais são as doenças mais comuns aqui na comunidade?
4. Você acha que alguma coisa aqui no bairro pode afetar a sua saúde?
5. O que você acha dos serviços de saúde do bairro?
6. O que você acha dos serviços de coleta de lixo, qualidade e disponibilidade de água?

Fonte: os autores, 2021.

Quando questionados sobre o potencial de mobilização, as respostas apontam que quando existe um grau de incômodo seja individual ou coletivo o(a) cidadão/população busca responder de alguma forma.

Respondente 1: *“Se organiza sim!”*

Respondente 2: *“A maioria do povo só bagunça”*

Respondente 3: *“Não. Até aqui não, da minha parte, eu nunca reclamei de nada”*

Respondente 4: *“Sim, geralmente as pessoas daqui se organizam com protesto, quando não conseguem algo, só assim para chamar a atenção. Mas pelo posto de saúde nunca teve não, quando fazem é mais por conta da água ou do lixo.*

Entretanto, parecem desconhecer conceitualmente essa prática (controle social informal), isso fica evidente com as respostas dadas à segunda pergunta: Você já ouviu falar em controle social?

Respondente 1: “Não”

Respondente 2: “Não”

Respondente 3: “Controle social? O que significa? [...] **Explicação breve** [...] Sobre isso, da minha parte, eu nunca reclamei. Eu sempre fui bem atendida. Mas se eu não for bem atendida eu vou reclamar. Porque é meu direito”

Respondente 4: “Não, nunca ouvi sobre isso, o que é?”

Em se tratando dos problemas de saúde prevalentes no território, os discursos convergem em alguns pontos.

Respondente 1: “Aqui o que mais tem é AIDS e verme *Schistosoma*”

Respondente 2: “É. Eu também acho. Porque o povo não se cuida”

Respondente 3: “Pressão alta, colesterol. Eu tenho pressão alta”

Respondente 4: “O que mais tem é gente com diabetes e hipertensão, minha mãe tem hipertensão. as crianças também tem muita verme, e problema de diarreia, meus irmãos e as crianças lá da rua já tiveram. Algumas pessoas também têm esquistossomose”

Sobre a identificação de alguns condicionantes e determinantes em saúde percebe-se que os usuários ouvidos parecem conseguir estabelecer conexões entre os determinantes sociais e o processo saúde-doença ao tempo que também de forma direta e indireta avaliam os serviços de saúde, a qualidade de serviços como coleta de lixo e a qualidade/disponibilidade de água.

Respondente 1: “Eu concordo com ela [respondente 2]”

Respondente 2: “Não, por que onde eu moro é tudo organizadinho, não tem lixo não [...] não falta água não”

Respondente 3: “O que está afetando nossa saúde é essa doença miserável [se referindo ao Coronavírus]”

Respondente 4: “O que afeta a saúde aqui é o lixo e a água parada, porque gera mosquito da dengue e também a diarreia nas crianças por causa da água”.

Respondente 3: *“O atendimento daqui é bom. Se a gente precisar de medicamento, a gente fala com a agente de saúde e ela pega”*

Respondente 4: *“Os agentes de saúde sempre ajudam muito, antes da pandemia eles iam muito na rua, entregam os medicamentos que minha mãe toma, entrega os exames. O ruim é o protocolo para pegar os exames, demora muito, tem muita gente para fazer exames, a gente tem que vir cedo para conseguir marcar uma consulta que é por ordem de chegada, e raramente eles entregam ficha. A [profissional de saúde] é ótima [...] mas a [profissional de saúde] mal olha para a pessoa, não dá nem tempo para falar e às vezes falta medicamentos”.*

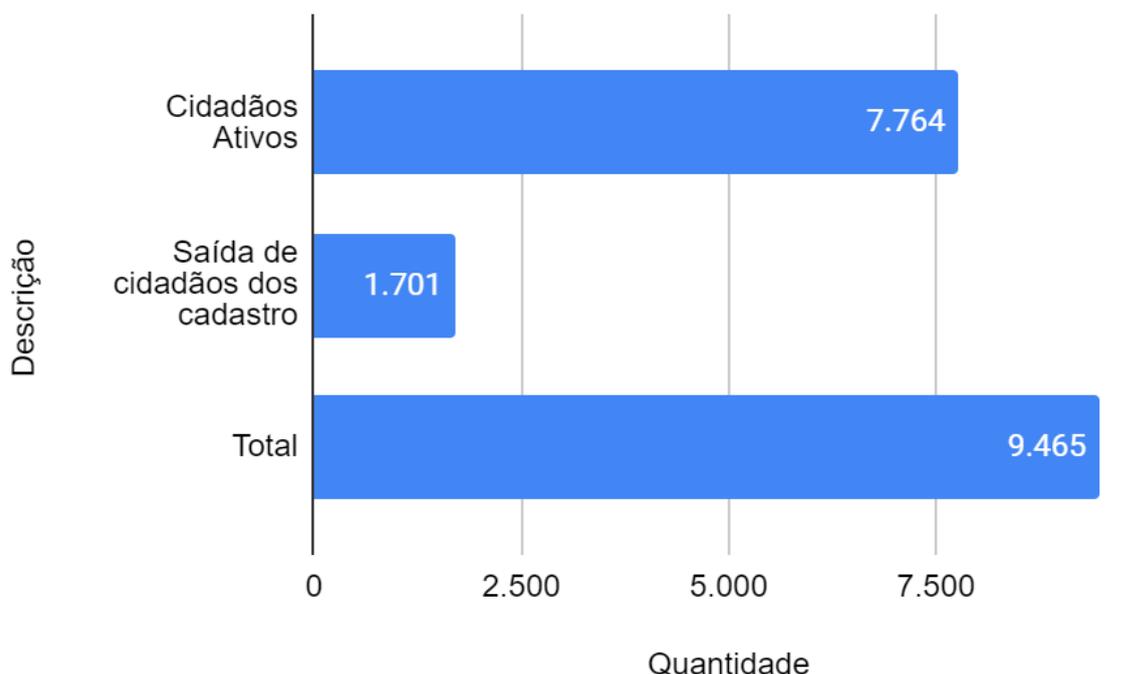
Respondente 3: *“Lixo, água, é tudo normal”*

Respondente 4: *“Às vezes falta água porque o pessoal da Muvuca faz uns gatos para conseguir água. O carro do lixo passa aqui na terça, quinta e sábado, mas ainda assim há muito lixo na rua”.*

SITUAÇÃO DE SAÚDE - DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E SOCIODEMOGRÁFICOS

A seguir apresenta-se os gráficos com os dados epidemiológicos e sociodemográficos provenientes da coleta de dados (ficha de cadastro individual do e-SUS Atenção Básica), a fim de possibilitar uma maior compreensão acerca do território e suas necessidades de saúde. O Gráfico 1, por exemplo, informa sobre os dados gerais da população adscrita.

Gráfico 1- Dados gerais.



Fonte: e-SUS Atenção Básica.

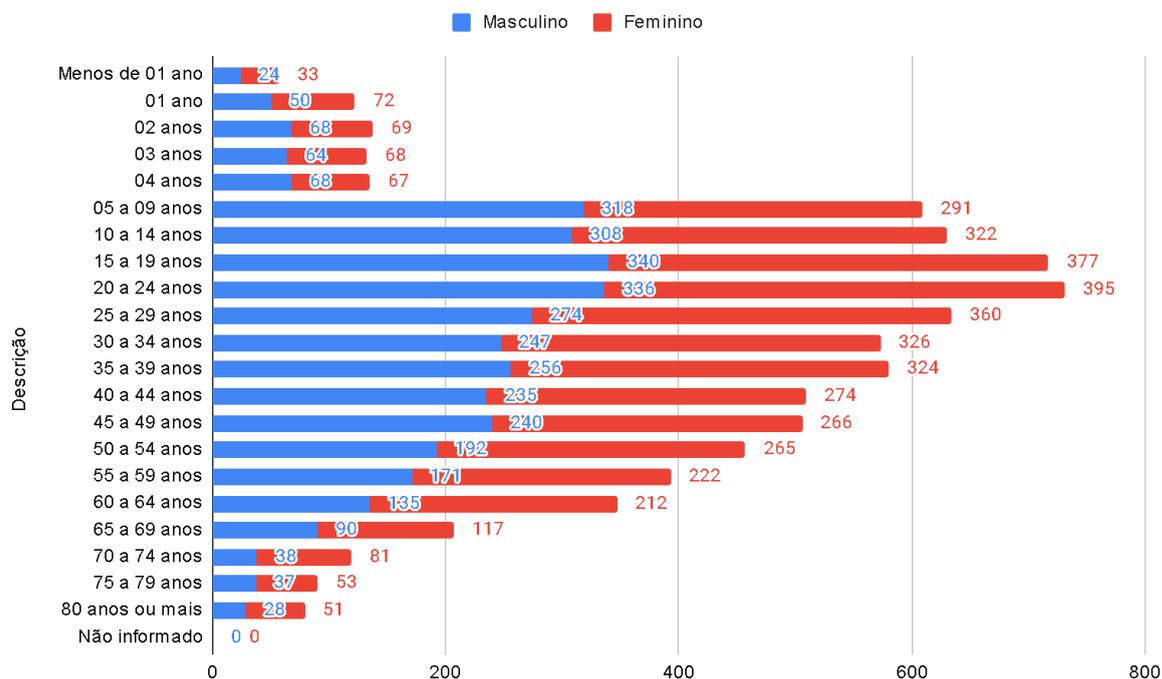
Conforme observado no primeiro gráfico, a quantidade de cidadãos ativos corresponde a 7.764 (dados de 10 de março de 2021), superior ao preconizado pela

PNAB, a qual estabelece o número de população adscrita por equipe de Saúde da Família de 2.000 a 3.500 pessoas (BRASIL, 2017). É importante frisar que ainda estão sendo realizados cadastros individuais no território o que torna a quantidade de cidadãos ainda maior que o supracitado.

Um fato que chama a atenção é o número de cidadãos que saíram do cadastro, o total de 1.701 cidadãos, o que corresponde ao total de pessoas que foram remanejadas para outras equipes de Agentes Comunitários de Saúde (segundo informações colhidas com um dos ACS).

A identificação dos usuários adscritos por faixa etária está representada no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Identificação do usuário/cidadão - Faixa etária.



Fonte: e-SUS Atenção Básica.

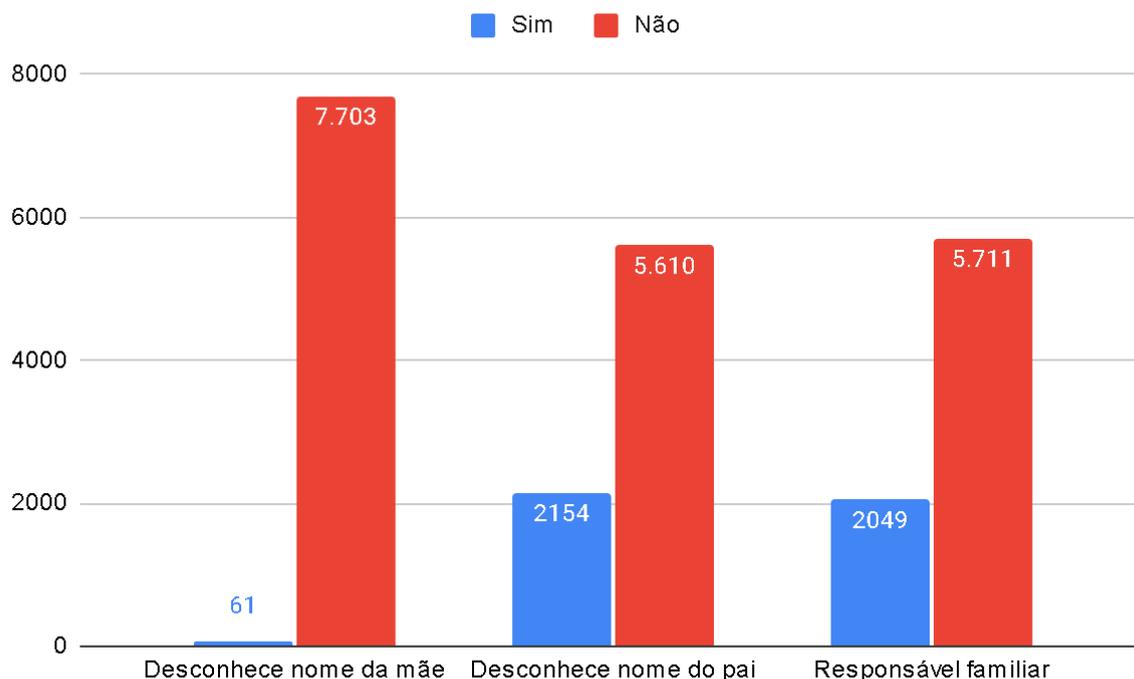
No que se refere à faixa etária, nota-se que a de maior percentual foi a de adultos de 20 à 59 anos, com 56,45%, seguida de adolescentes de 10 à 19 anos 17,35%, crianças de 0 à 9 anos 15,35% e idosos de 60 anos ou mais, com o menor percentual, correspondente a 10,84% da população do território.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), entende-se por criança o indivíduo de 0 a 9 anos, adolescente de 10 a 19 anos, adulto de 20 a 59 anos e idoso de 60 anos ou mais (WHO, 1984).

É importante ressaltar que o Plano Municipal de Saúde de Maceió traz como um de seus objetivos o desenvolvimento de ações de cuidado integral em todos os ciclos de vida a fim de melhorar as condições de saúde da população (MACEIÓ, 2018).

O gráfico a seguir apresenta os dados acerca da identificação do usuário/cidadão em relação ao conhecimento e desconhecimento do nome do pai e da mãe e sobre ser ou não o responsável familiar.

Gráfico 3 - Identificação do usuário/cidadão.



Fonte: e-SUS Atenção Básica.

Conforme dados do gráfico, nota-se a predominância de usuários que desconhecem o nome do pai 51%, sendo que 48% destes declarou ser o responsável familiar, seguido de 40% que afirmou desconhecer o nome da mãe e se identificou como responsável familiar.

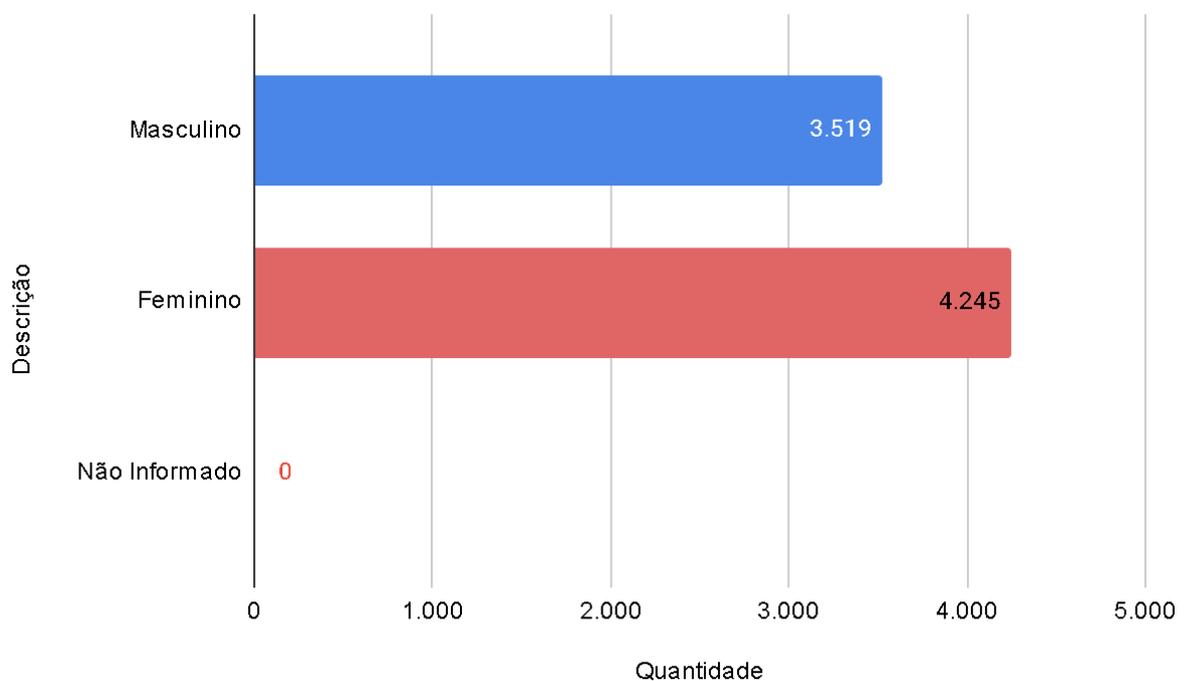
A partir dos dados levantados é possível refletir, dentre outros aspectos, acerca da importância do planejamento familiar na Atenção Primária à Saúde, assim como em toda a rede SUS, e de suas repercussões na vida das pessoas do território. O planejamento reprodutivo é compreendido como um direito ao acesso à mulher, ao homem e ao casal, assistência à concepção e contracepção como parte das ações que compõem a assistência integral à saúde (BRASIL, 2002).

Além disso, ressalta-se a importância da figura paterna e materna na estruturação psíquica e desenvolvimento social e cognitivo da criança (BENCZIK, 2011). No que se refere a ausência da figura paterna, constatou-se que a mesma pode gerar conflitos no desenvolvimento psicológico da criança (EIZIRIK; BERGMANN, 2004). Deste modo, salienta-se a relevância da compreensão do

motivo deste desconhecimento (nome do pai ou da mãe), além de avaliar a abrangência do planejamento familiar no território.

O gráfico a seguir traz os dados referentes à identificação do usuário/cidadão em relação ao sexo.

Gráfico 4 - Identificação do usuário/cidadão - Sexo.



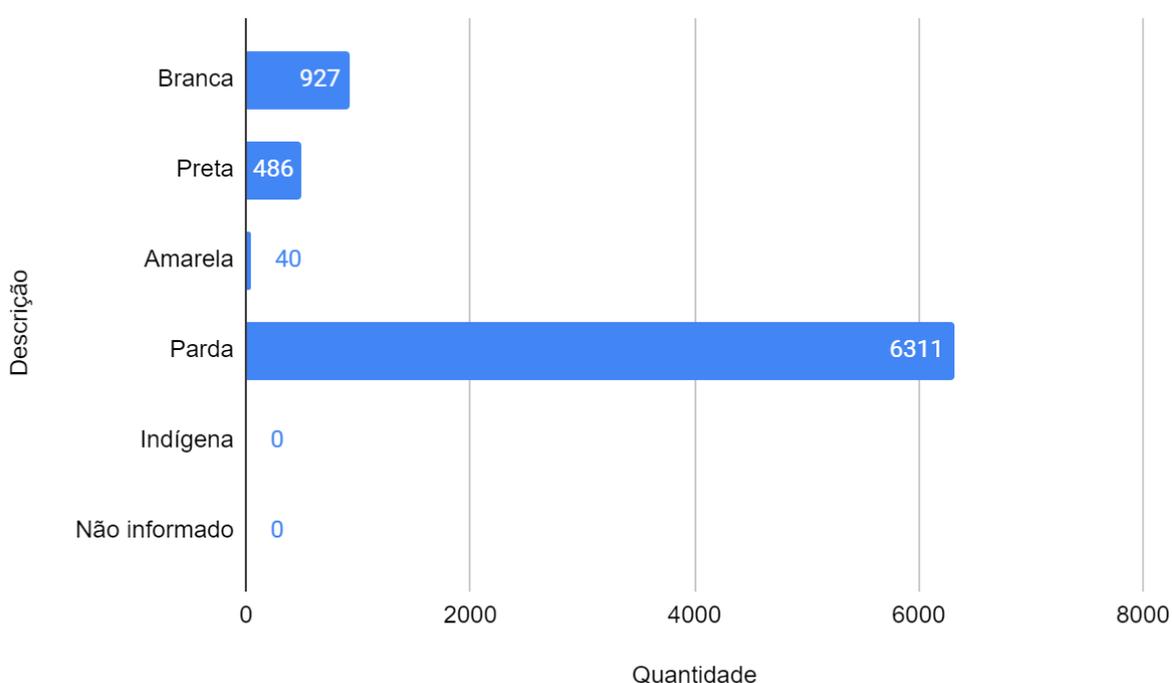
Fonte: e-SUS Atenção Básica.

A partir do exposto no gráfico acima, percebe-se que a comunidade possui uma população, em sua maioria do sexo feminino 55%. Levorato et al. (2014) destacam a predominância feminina na procura pelos serviços de saúde (LEVORATO *et al.*, 2014). Tal fato se coloca como um desafio para que a UBS pense em estratégias de busca ativa e linhas de cuidado específicas para o acesso e o cuidado integral da população masculina em todos os meses do ano, além de

refletir acerca da atenção prestada ao público feminino na unidade a fim de saber se a assistência é pautada na integralidade das mulheres ou se resume-se a atenção específica ao ciclo gravídico-puerperal.

Os dados referente a raça/cor da população adscrita estão representados abaixo no Gráfico 5.

Gráfico 5 - Identificação do usuário/Cidadão - Raça/Cor.



Fonte: e-SUS Atenção Básica.

A partir dos dados do gráfico acima, nota-se a predominância de usuários que se consideram pardos 81%, conformando o que afirma a literatura em pesquisa recente, a qual apontou proporção maior de usuários autorreferidos pardos nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (GUIBU et al., 2017). Diante disso, é importante questionar-se sobre o nível de conhecimento da população em relação a sua autoafirmação (questões de colorismo), uma vez que, a partir desta perspectiva considera-se pessoa negra aquela que possui tom de pele mais escuro (retinto),

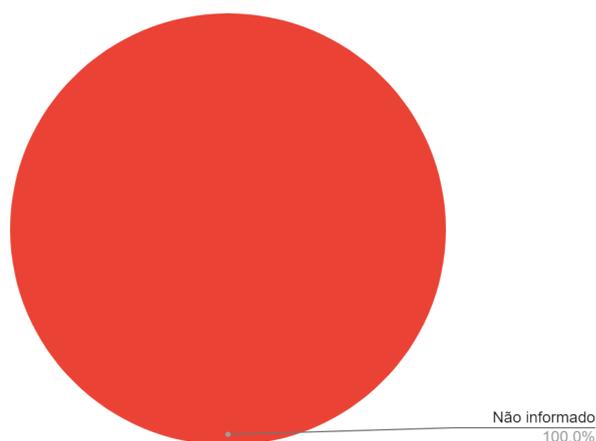
somado a este fato, convém ainda destacar se a autoafirmação realmente se deu pelo entrevistado ou pela percepção fenotípica do entrevistador.

Em 2009, instituiu-se a Política Nacional de Atenção Integral à População Negra (PNAIPN). A Política traz como objetivo a promoção da saúde integral deste segmento populacional, com a priorização da redução de desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS (BRASIL, 2010). É nesse contexto, que surge a necessidade e a importância de ações de educação permanente para que gestores, trabalhadores da saúde e conseqüentemente os usuários se empoderem desta política pública.

Outro fato relevante foi divulgado em pesquisa recente do IBGE no qual apontou que mulheres negras e pardas são as que mais procuram os serviços da Atenção Primária em saúde (BRASIL DE FATO, 2020). A partir dessa informação surgem os seguintes questionamentos: Como tem sido a atenção à saúde dessas mulheres na unidade? A realidade da unidade de saúde está de acordo com os dados deste relatório?

Já os dados que dizem respeito à etnia dos cidadãos estão abaixo representados no Gráfico 6.

Gráfico 6 - Identificação do usuário/cidadão - etnia.

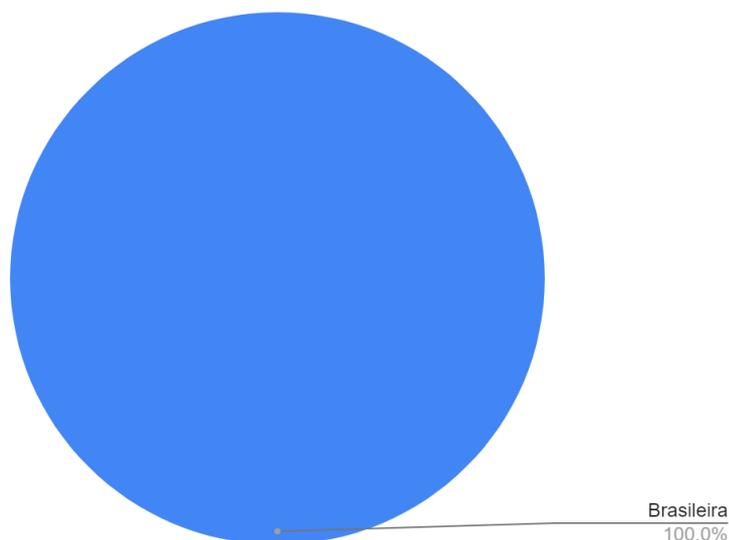


Fonte: e-SUS Atenção Básica.

Conforme observado no gráfico acima, 100% dos cidadãos não tiveram a sua etnia informada. Diferente do conceito de raça que se relaciona principalmente com os aspectos biológicos do cidadão, a etnia possui relação com as questões culturais do indivíduo (SANTOS *et al.*, 2010). De acordo com Santos *et al.* (2010, p. 124) “(...) um grupo étnico é uma comunidade humana definida por afinidades linguísticas, culturais e semelhanças genéticas. Estas comunidades geralmente reclamam para si uma estrutura social, política e um território”.

No que se refere a nacionalidade (Gráfico 7), 100% dos usuários são brasileiros.

Gráfico 7 - Identificação do usuário/Nacionalidade.

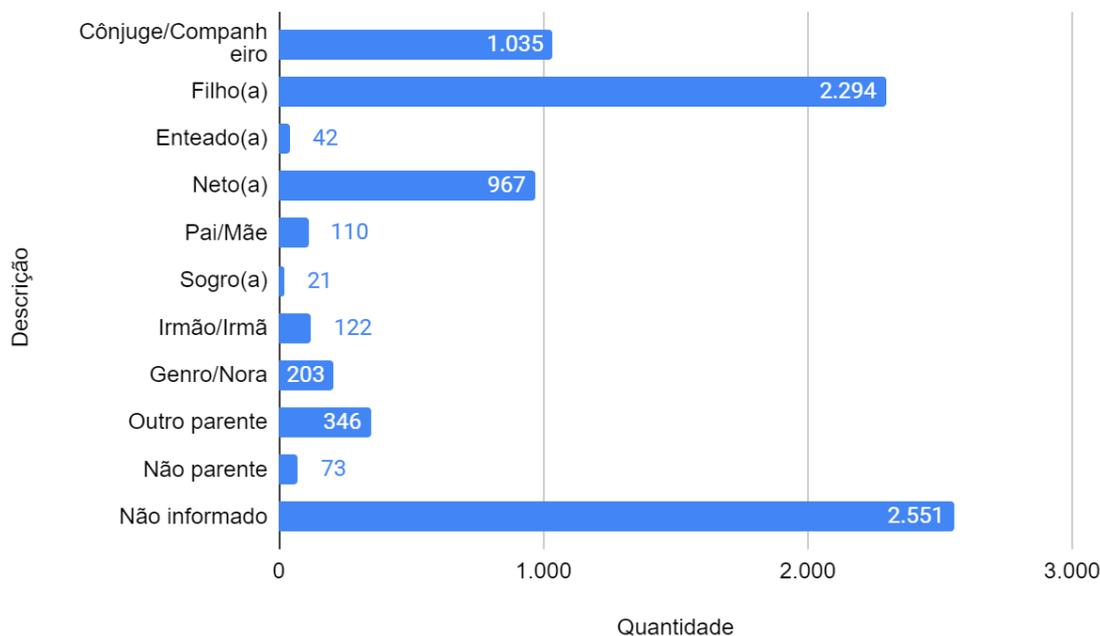


Fonte: e-SUS Atenção Básica.

Salienta-se que o princípio da universalidade de acesso posto pela Constituição Federal de 1988 garante o atendimento via Sistema Único de Saúde (SUS) de usuários mesmo que estrangeiros em todo o território brasileiro.

O Gráfico 8 traz informações sociodemográficas no que diz respeito às relações de parentesco entre a pessoa entrevistada no ato do cadastro e o(a) responsável familiar.

Gráfico 8 - Informações sociodemográficas - Relações de parentesco com o responsável familiar.

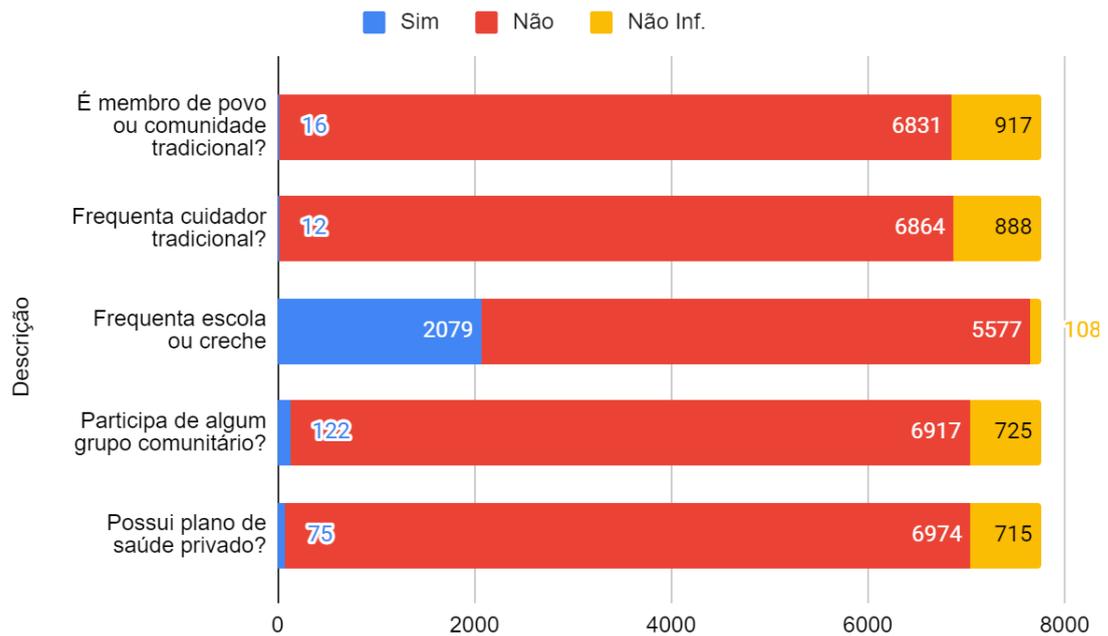


Fonte: e-SUS Atenção Básica.

Dentre os informantes 13,33% eram cônjuge/companheiro do(a) responsável familiar; 29,54% filho(a); 0,54% enteado(a); 12,45% neto(a); 1,41% pai/mãe; 0,27% sogro(a); 1,57% irmão/irmã; 2,61% genro/nora; 4,45% outro parentesco; 0,94% não eram parente e 32,85% não foram informados.

Já o Gráfico 9 fornece dados sobre outras informações sociodemográficas, a saber: se a pessoa frequenta escola/creche; se frequenta cuidador tradicional; se participa de algum grupo comunitário; se é membro de povo ou comunidade tradicional e se possui plano de saúde privado.

Gráfico 9 - Outras informações sociodemográficas.



Fonte: e-SUS Atenção Básica.

Ao analisar o supracitado Gráfico conclui-se que apenas 0,15% da população frequenta cuidador tradicional e 0,20% é membro de povo ou comunidade tradicional. No âmbito do SUS os saberes populares e os cuidados tradicionais são pautados/incentivados pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) e pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) (BRASIL, 2013; 2015).

Por cuidador(a) tradicional entende-se aquele(a) que lança mão dos seus saberes populares para fins de cuidado em saúde, como, por exemplo, as benzedeiras e as parteiras. Geralmente, tais cuidadores integram comunidades tradicionais, como, quilombolas, povos indígenas, povos ciganos, povos de terreiro dentre outros (BRASIL, 2018).

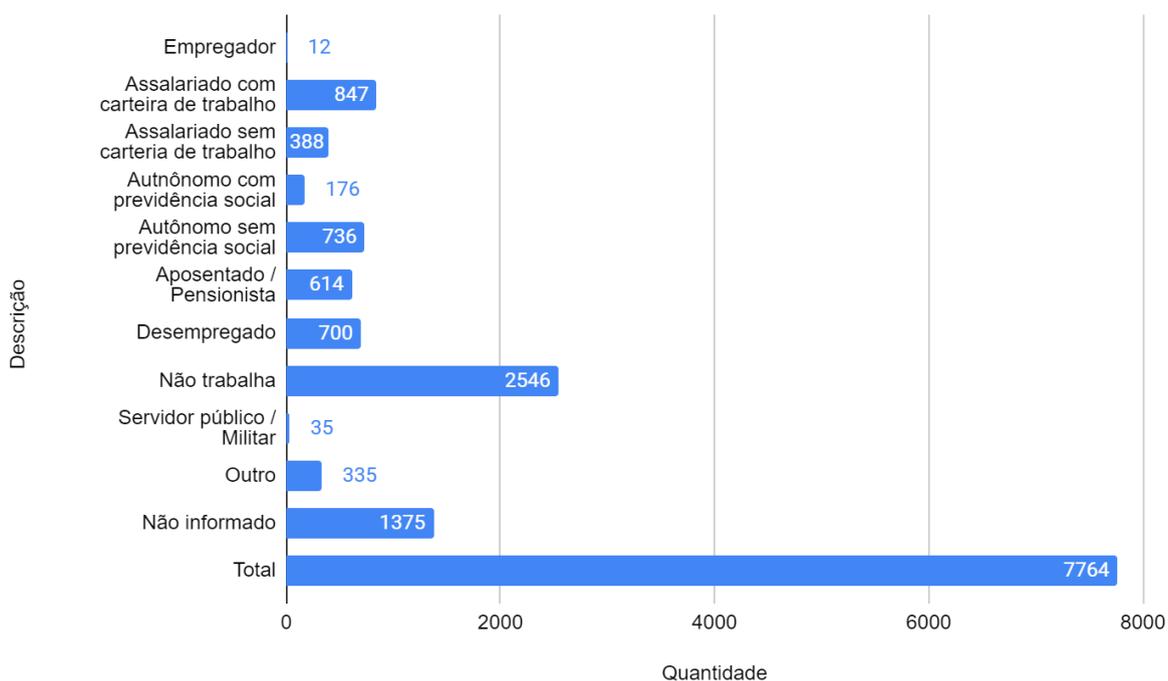
“Reconhecer os cuidadores tradicionais existentes nos territórios também permite que as práticas oficiais, dos profissionais e dos serviços do sistema de saúde vigente produzam conexões com as redes vivas que operam no cotidiano (FEICHAS; SCHWEICKARDT; FERLA, 2020, p. 14”.

Em relação aos outros dados expostos no Gráfico 9, especificamente sobre a frequência da população em creches ou escolas verifica-se que 71,66% da população não frequenta (escola ou creche), além desse dado, nota-se também que

89,09% não participa de nenhum grupo comunitário (no momento, a UBS dispõe apenas do grupo de exercício físico realizado pelo Profissional de Educação Física do NASF AB) e em relação a planos privados de saúde apenas 0,96% dispõe deste privilégio, salienta-se que independente de uma pequena parcela da população dispor de plano privado o uso do SUS como um todo e dos serviços oferecidos pela UBS - Caic Virgem dos Pobres se dá de forma direta ou indireta no cotidiano.

Quando analisa-se a situação da população no que concerne a atuação no mercado de trabalho os dados revelam que 32,79% não trabalham no momento; 10,90% estão assalariados com carteira assinada; 4,99% assalariados sem carteira assinada; 9,47% se encontram na condição de autônomos sem previdência social; 7,90% aposentados/pensionista e 9,01% estão desempregados. O panorama completo desta realidade está abaixo representado no Gráfico 9.

Gráfico 10 - Situação no mercado de trabalho.



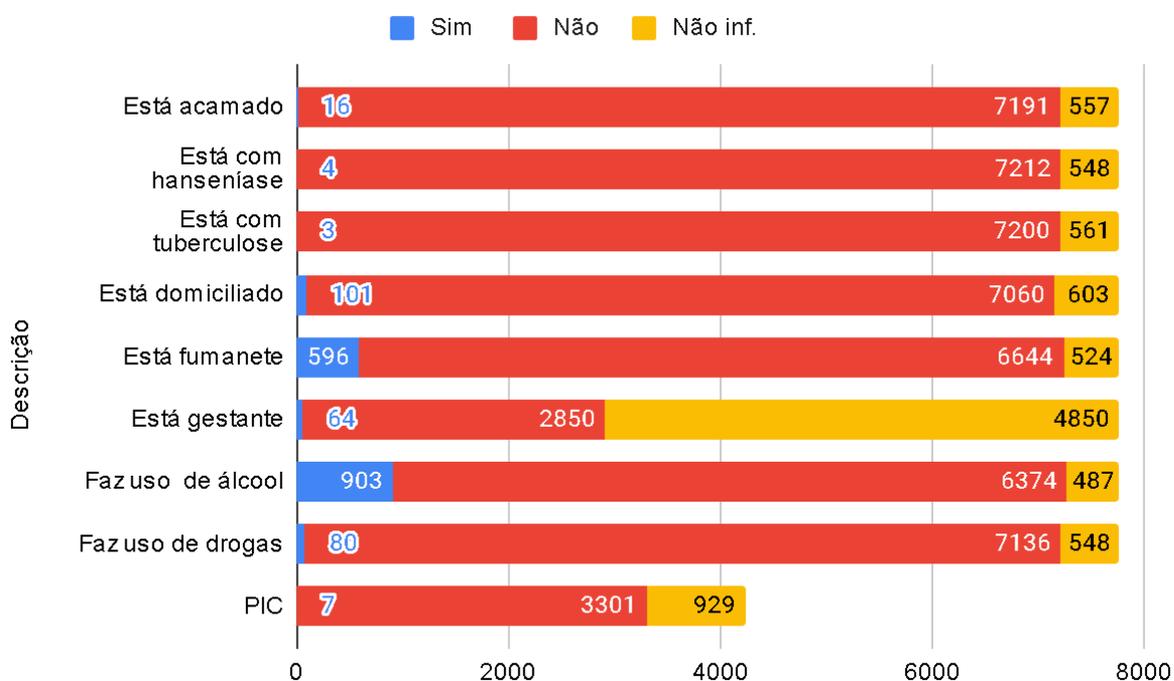
Fonte: e-SUS Atenção Básica.

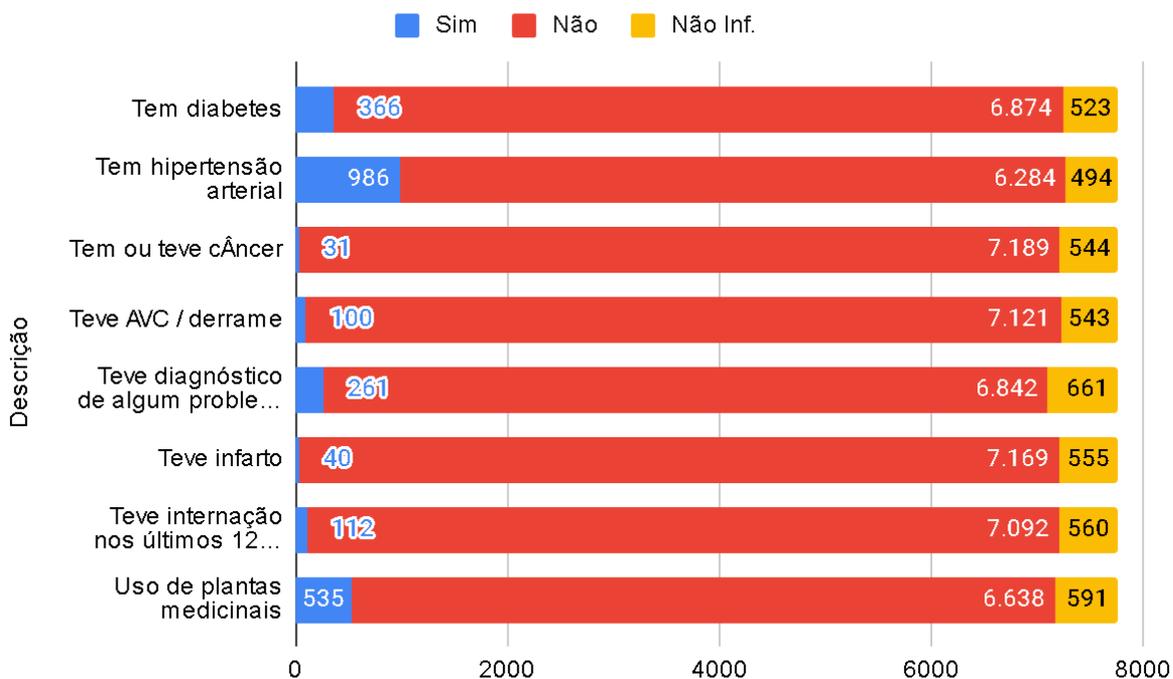
No que se refere à ocupação, verificou-se a seguinte prevalência: empregado(a) doméstico(a) - arrumador, diarista, faxineiro, serviços gerais (n= 176); pedreiro (n= 57); escrevente (n= 50); vendedor ambulante (n= 33); motorista - de

caminhão, de carro de passeio, de furgão ou veículo similar, de ônibus rodoviário, de táxi (n= 28); comerciante varejista (n= 25); cabelereiro (n= 18); catador(a) de marisco (n= 18) e outras.

Na seção anterior, foram apresentados os dados demográficos dos usuários cadastrados na Unidade de Saúde CAIC - Virgem dos Pobres II, nos gráficos a seguir, serão expostos os dados epidemiológicos, no qual será abordado a situação geral de saúde da população adscrita.

Gráfico 11 - Situação de saúde geral.





Fonte: e-SUS Atenção Básica.

Diabéticos e Hipertensos

A análise do gráfico acima, revela que 4,71% dos usuários apresentam Diabetes Mellitus (DM) e 11,66% Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Ambas são Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), e possuem alta prevalência na população brasileira, nesse sentido, os dados aqui apresentados parecem ir ao encontro dos dados epidemiológicos nacionais. Devido ao fato de apresentarem fatores de risco semelhantes, os usuários que possuem diagnóstico de HAS tendem também a apresentar DM. Entre esses fatores estão o tabagismo, a obesidade, a dislipidemia, inatividade física, a alimentação inadequada, entre outros (PETERMANN, 2015).

Os estudos demonstram que indivíduos com menor grau de escolaridade e informação, possuem maior chance de desenvolver HAS e DM, e a população masculina geralmente é a principal acometida, uma vez que esse público tende a procurar com menor frequência os serviços de saúde (PIERIN, 2011).

Para que a equipe interdisciplinar possa atuar sobre essas comorbidades, se faz necessário o acompanhamento sistêmico e regular das condições de saúde dos usuários, ações de educação em saúde individual e coletiva, participação ativa dos indivíduos, com foco no autocuidado e adoção de estilos de vida saudáveis.

Acidente Vascular Cerebral e Infarto

Ainda no Gráfico 11, é possível observar que 1,28% dos usuários foram diagnosticados com Acidente Vascular Cerebral (AVC), e 0,51% com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). A HAS é reconhecida como o principal fator de risco de morbimortalidade por doenças cardiovasculares, tais como o AVC e o IAM, é importante destacar que hábitos de vida prejudiciais estão presentes na comunidade como: o elevado consumo de álcool, sedentarismo e tabagismo que são considerados comportamentos de risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Diante desse fato, enfatiza-se que a UBS deve ser capaz de prevenir e/ou reduzir as taxas de internação e reinternação desses usuários, identificar de maneira precoce os fatores de risco mencionados, realizar encaminhamento em tempo adequado e oportuno, educação em saúde, entre outras atividades que possuem a capacidade de promover, prevenir, tratar e reabilitar os usuários que apresentam tais comorbidades.

Acamados e Domiciliados

Na análise do gráfico observa-se, que 0,20% da população se encontra acamada, e 1,30% domiciliada. Entende-se por acamado a pessoa que se encontra restrita a cama por alguma condição de saúde e que necessitam de cuidados especiais, já por domiciliado, entende-se aquele que devido alguma condição de saúde se encontra restrito ao lar, sendo impossibilitado de se locomover até a Unidade Básica de Saúde (UBS) (BRASIL, 2018). A Equipe de Saúde da Família é

responsável pela assistência domiciliar periódica a esses pacientes, para o acompanhamento do seu estado geral de saúde, considerando aspectos como a integralidade e a equidade do cuidado.

Hanseníase e Tuberculose

Observa-se que na população 0,05% se encontra diagnosticada com hanseníase, e 0,03% com tuberculose. A Atenção Básica possui a responsabilidade de realizar a vigilância à saúde dessas doenças infectocontagiosas, realizando busca ativa e o diagnóstico precoce, possuindo como principal foco da atenção a orientação sobre a adesão ao tratamento.

Álcool, Tabaco e outras substâncias psicoativas

Conforme dados dos gráficos, é possível observar que 7,67% dos usuários são fumantes, 11,63% fazem o uso de álcool, e 1,03% relataram fazer o uso de outras drogas. Saliencia-se que a auto afirmação necessária para o preenchimento dos dados, pode contribuir para a subnotificação, haja vista que, esta temática é permeada por preconceitos e tabus.

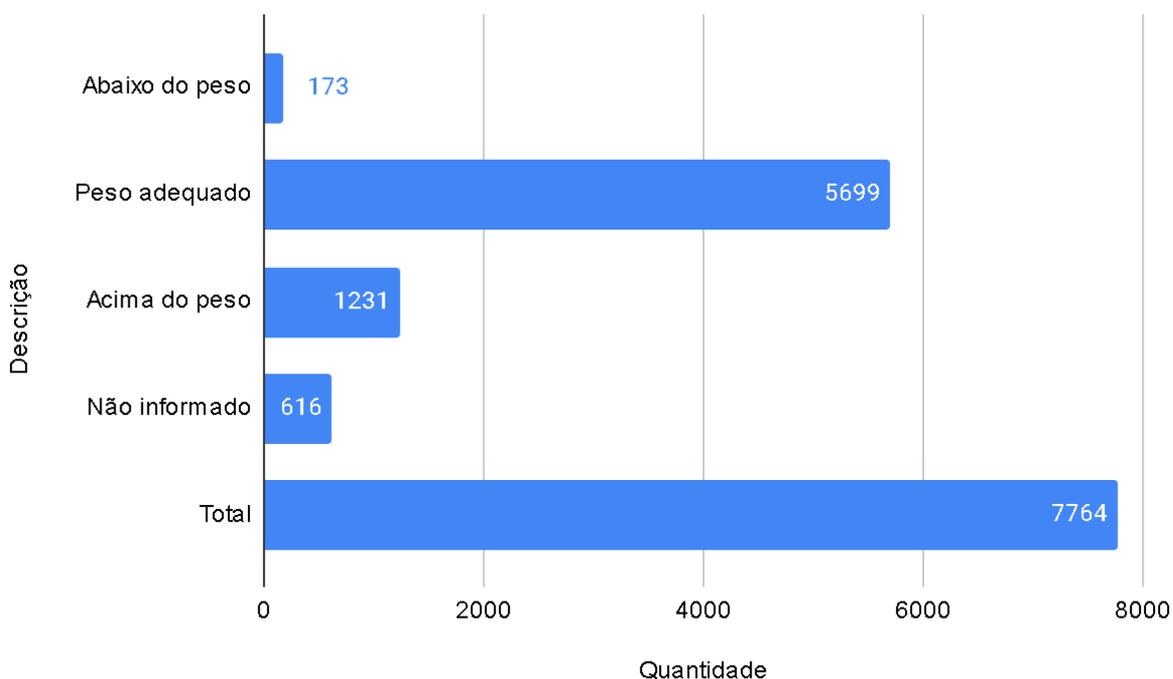
Em territórios de saúde onde há um grande predomínio de usuários de drogas e em áreas de vulnerabilidade social, abordar temas relacionados ao uso de substâncias psicoativas podem provocar receio nos profissionais de saúde devido às fragilidades concernentes à prática de educação permanente em saúde no âmbito da atenção básica, entretanto, este nível de atenção à saúde é responsável pela atenção integral a esses usuários devendo ser centrada na comunidade e articulada em rede (principalmente a Rede de Atenção Psicossocial), sendo responsável pelo acolhimento, pelas ações de redução de danos quando for o caso, formação de vínculos e atividades educacionais em saúde (PAULA, 2014).

Uso de Plantas Medicinais

Conforme observado no gráfico acima, 6,89% da população faz uso de plantas medicinais. No Brasil, cerca de 82% da população já relatou utilizar produtos à base de plantas medicinais. O Ministério da Saúde reconhece em seus Cadernos de Atenção Básica as plantas medicinais e a fitoterapia como Práticas Integrativas e Complementares da Saúde tornando esse eixo estratégico para a prática da saúde (BATISTA, 2012).

Abaixo no Gráfico 12, mostra-se a situação de saúde, no que diz respeito ao peso da população adscrita.

Gráfico 12 - Situação de saúde geral - peso.



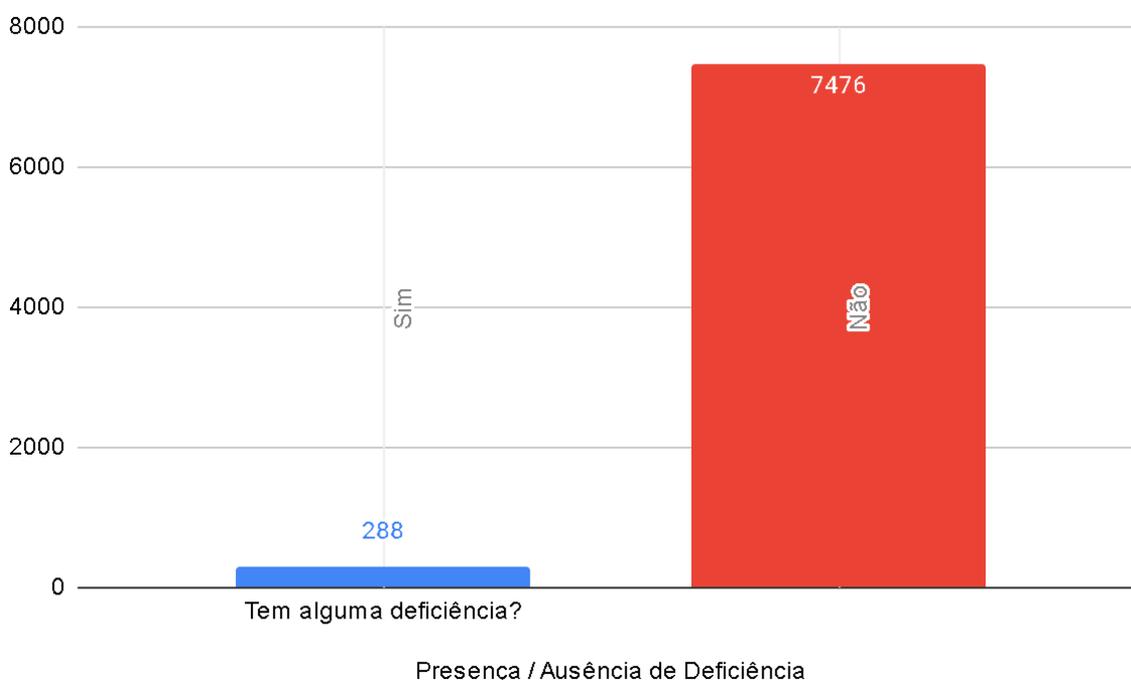
Fonte: e-SUS Atenção Básica.

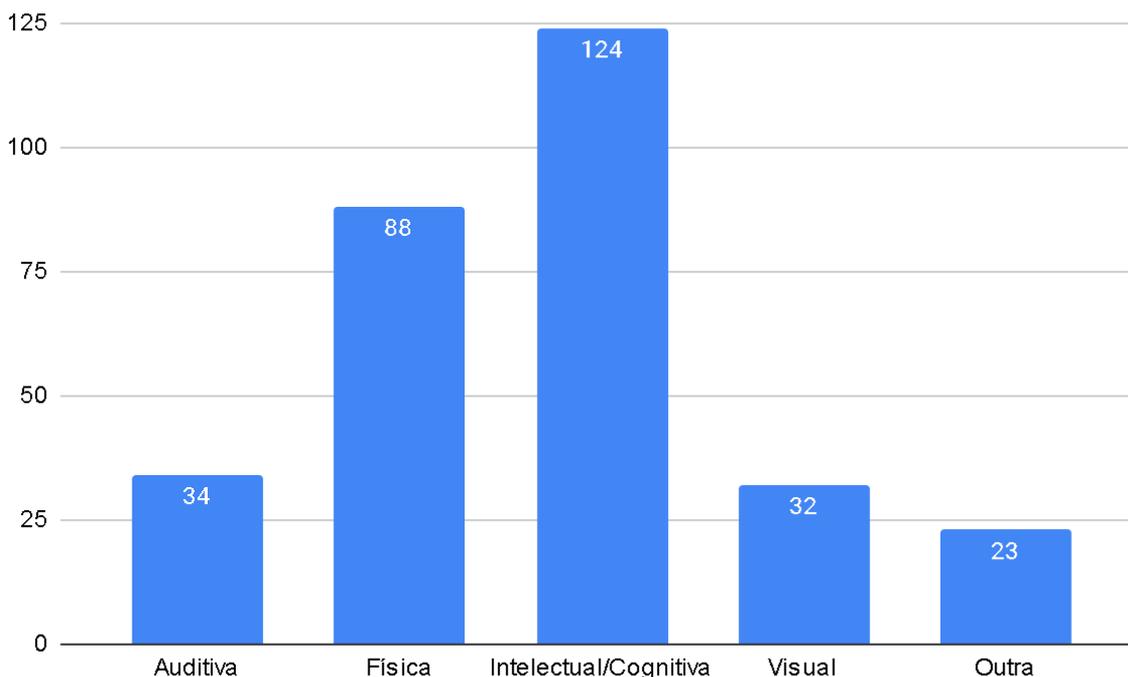
No gráfico, observa-se que 74,40% dos usuários auto-afirmaram estar na faixa de peso adequado, 2,22% abaixo do peso e 15,85% acima do peso. Do total de usuários cadastrados 7,93% não responderam/não informaram.

O Índice de Massa Corporal (IMC) elevado e a alta taxa de gordura corporal, demonstra-se como um fator de extrema relevância, visto que pode aumentar a probabilidade do usuário ter doenças crônicas como a HAS e DM, que são fatores de risco para diversas morbidades, além de afetar diretamente a qualidade de vida dos indivíduos, devido a redução da capacidade de realizar atividades da vida cotidiana.

O Gráfico 13 trata da presença de deficiência auditiva, física, intelectual/cognitiva e visual entre os usuários adscritos na UBS.

Gráfico 13 - Deficiência /Tipo de deficiência.





Fonte: e-SUS Atenção Básica.

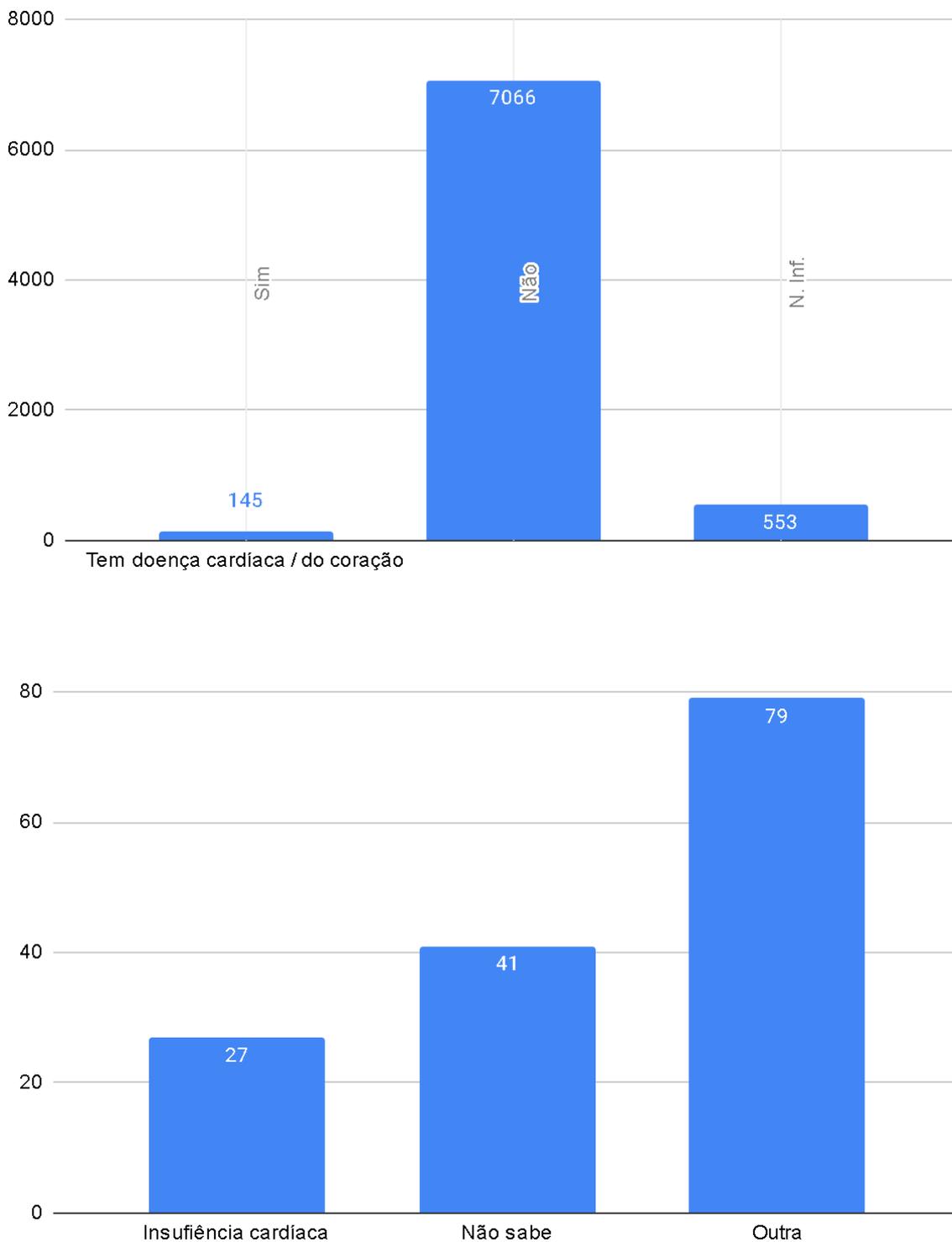
O Gráfico 13 mostra que quando questionados sobre a presença/ausência de alguma deficiência 3,70% dos usuários responderam que possuem alguma deficiência, dentre os quais 11,80% são deficientes auditivos, 30,55% deficientes físico, 43,05% afirmaram possuir deficiência intelectual/cognitiva e 11,11% deficiência visual, 7,98% responderam ser portadoras de outros tipos de deficiência.

De acordo com a Política Nacional de Humanização a atenção básica deve estabelecer formas de acolhimento e inclusão dos usuários na unidade, fatores que perpassam a necessidade de ambientes com acessibilidade para o público com deficiência, além de profissionais capacitados para o atendimento deste público a exemplo dos profissionais da equipe multidisciplinar do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF-AB) que em conjunto com a eSF devem atender as demandas, prestar atendimento e encaminhamento em tempo oportuno, bem como, facilitar o acesso desses usuários a rede de pessoa com deficiência (BRASIL, 2009).

A política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência estabelece que as pessoas com deficiência de acordo com suas características/necessidades possuem o direito ao encaminhamento para serviços mais complexos, bem como receber assistência específica nas unidades especializadas de média e alta complexidade, para reabilitação física, auditiva, visual e intelectual (BRASIL, 2002).

O Gráfico 14 traz dados referentes à presença/ausência de doenças cardíacas entre os usuários adscritos.

Gráfico 14 - Doença Cardíaca/Tipo de Doença Cardíaca.



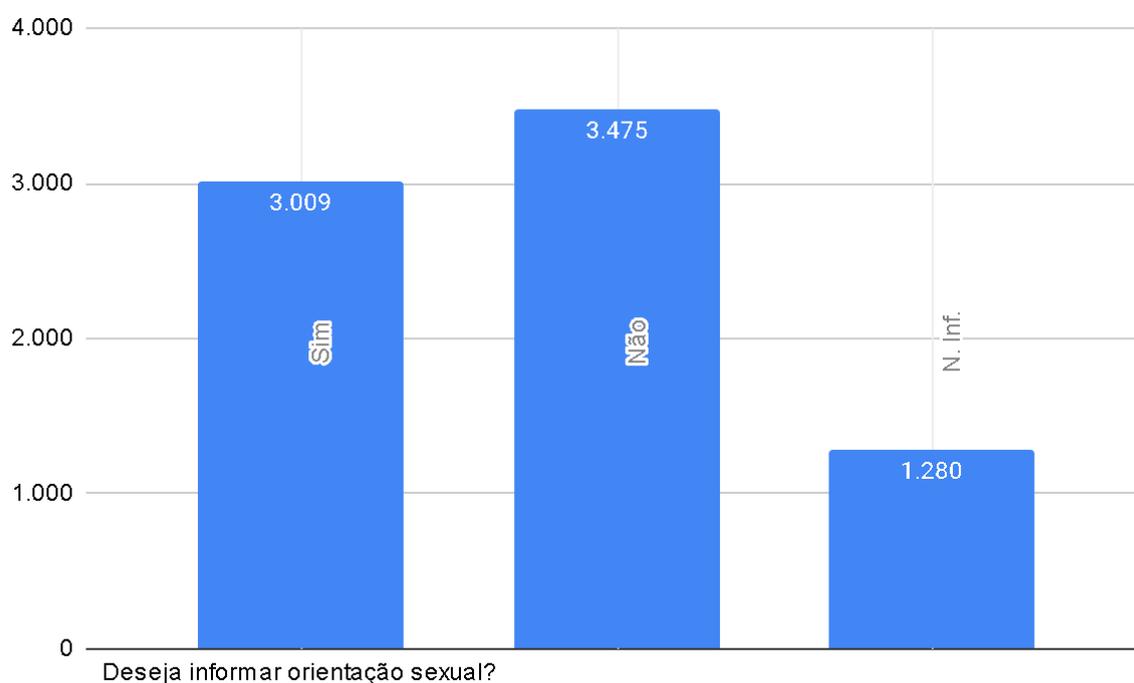
Fonte: e-SUS Atenção Básica.

Observa-se no gráfico 14, que entre os usuários cadastrados 1,86% declararam possuir algum tipo de doença cardíaca, destes, 18,62% são portadores (as) de insuficiência cardíaca. O termo genérico doença cardíaca, engloba diversas alterações crônicas e agudas que afetam o coração, tais como: insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, cardiopatia congênita, angina, entre outros (RIBEIRO, 2012).

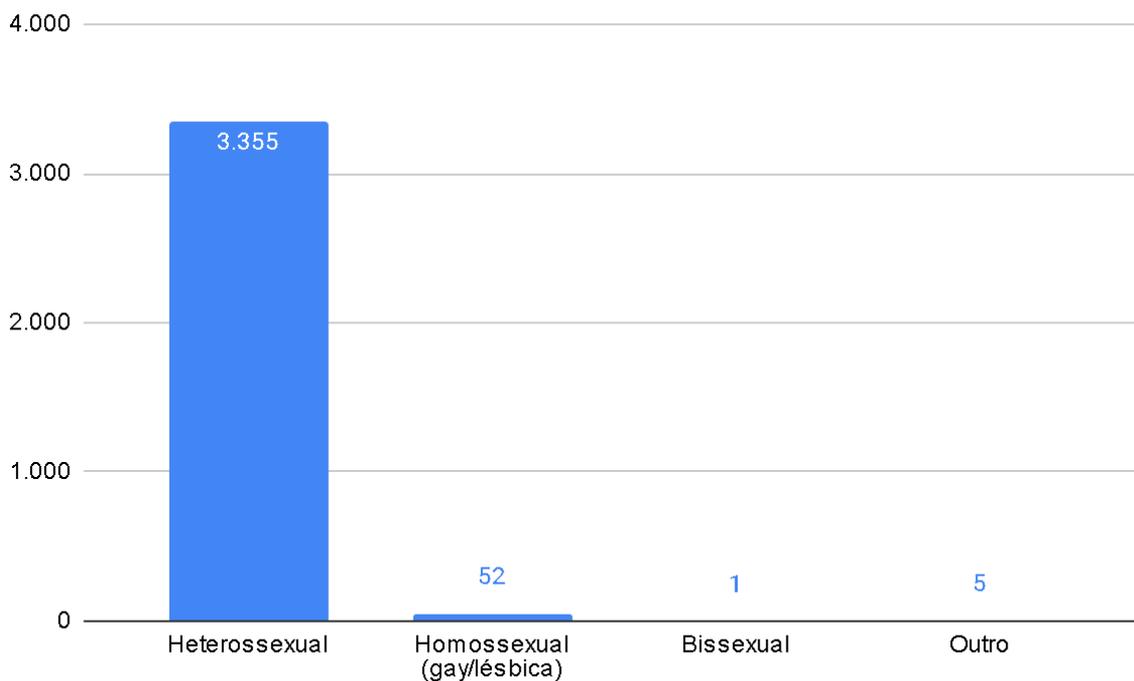
Atualmente, as doenças cardíacas são as principais causas de morbimortalidade no mundo, verifica-se ainda, que dentre os fatores de risco relacionados, estão as DCNT, o que requer da UBS a capacidade de desenvolver ações de prevenção, diagnóstico precoce, encaminhamento para tratamento adequado nos demais níveis de atenção, e acompanhamento dos usuários.

Os Gráficos 15 e 16 tratam dos dados referentes à orientação sexual e identidade de gênero no território.

Gráfico 15 - Dados sobre a orientação sexual da população adscrita.



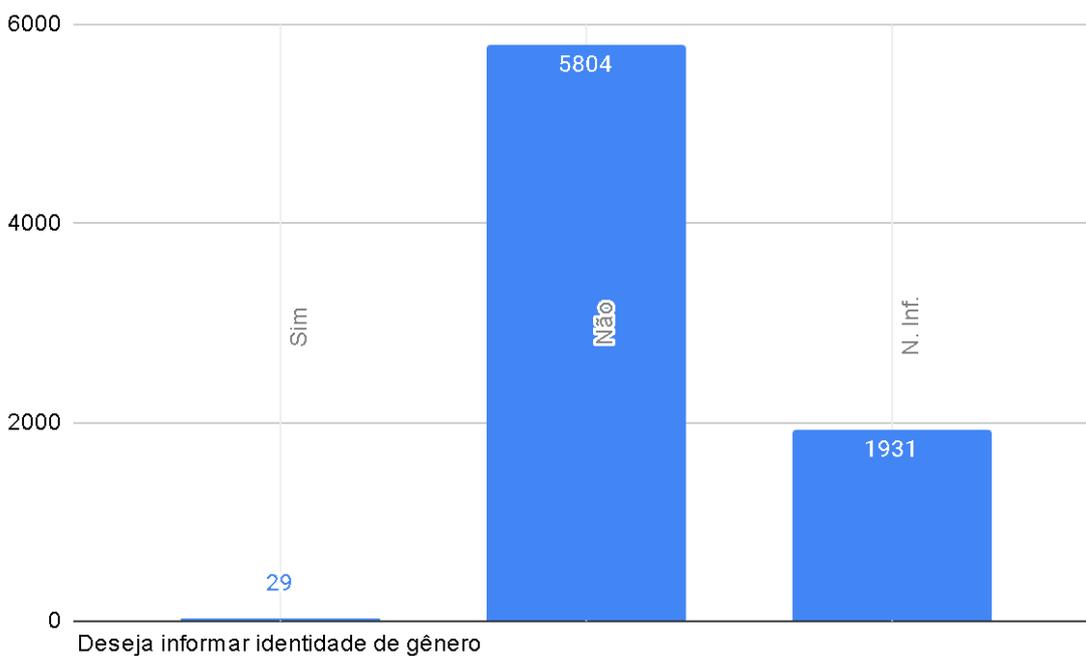
;

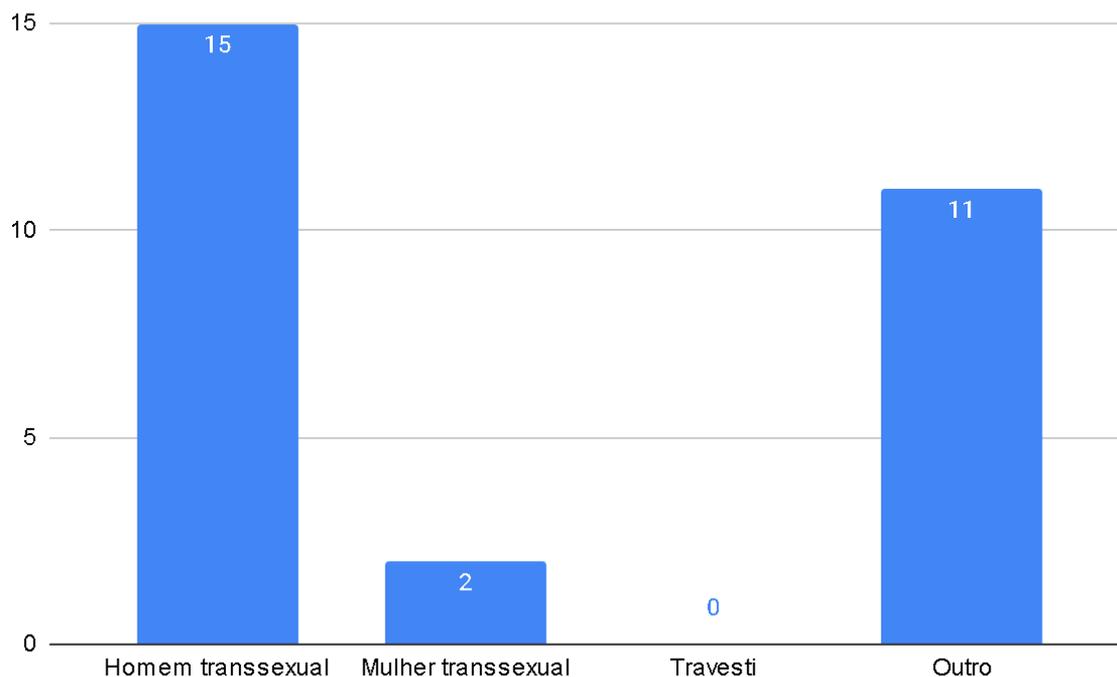


Fonte: e-SUS Atenção Básica.

Já o Gráfico 16 trata das questões de identidade de gênero.

Gráfico 16 - Dados sobre identidade de gênero no território.





Fonte: e-SUS Atenção Básica.

No Gráfico 15, observa-se que os dados são inconclusivos, uma vez que a quantidade de pessoas autodeclaradas heterossexuais ($n=3.355$) é superior à quantidade de usuários que desejaram informar a orientação sexual ($n=3.009$). No Gráfico 16 (que trata sobre identidade de gênero) tem-se que apenas 0,32% desejaram informar a identidade de gênero, destes, 60% são homens transexuais, 8% são mulheres transexuais e 32% outro. As informações desses gráficos (15 e 16) chamam a atenção, primeiro, pela predominância de pessoas heterossexuais em um contexto em que uma grande parcela da população não desejou informar e segundo, pela grande quantidade de homens transexuais em um território relativamente pequeno (o que parece não condizer com a realidade). Tal fato alerta para a importância das ações de educação permanente em saúde no contexto da atenção básica.

Nas discussões inerentes à saúde da população LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer's, Intersexo e Assexuais) é imprescindível compreender as diferenças entre orientação sexual e identidade de gênero.

A identidade de gênero se refere a expressão de uma identidade construída a partir de como a pessoa se reconhece e/ou se apresenta, que pode corresponder ou não ao seu corpo biológico e orientação sexual é a

capacidade de ter, sentir ou desenvolver atração e/ou relação emocional, afetiva ou sexual por outra(s) pessoa(s). Alguns exemplos de orientação sexual: heterossexual, homossexual e bissexual (BRASIL, 2016, p. 6-7).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Lésbica, Gays, Bissexuais e Transexuais (PNAIPLGBT), instituída em 2011 pela Portaria 2.836 de 1 de dezembro tem como principal objetivo “promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2011, *online*)”.

Os profissionais de saúde devem realizar o acolhimento das demandas, necessidades e especificidades da população LGBTQIA+, reconhecendo a importância de um cuidado integral, livre de estereótipos e preconceitos, respeitando as características individuais do usuário, e não permitindo que valores individuais interfiram no acesso à saúde desta população.

Outros apontamentos

Apesar de a ficha de cadastro individual do e-SUS Atenção Básica propiciar que se conheça os dados gerais da situação de saúde e dados sociodemográficos do território algumas questões passam despercebidas, como, por exemplo, as questões de saúde mental. A referida ficha traz como uma das questões do tópico de condições/situações de saúde geral a seguinte pergunta "teve diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde?", entretanto, essa questão pouco informa sobre o real perfil de saúde mental da população adscrita, uma vez que, considera apenas o diagnóstico. Tal perspectiva não condiz com os processos de trabalho preconizados pela atenção básica, já que o foco é na promoção, prevenção e proteção da saúde, na integralidade e equidade do cuidado.

Na prática cotidiana, percebe-se o agravamento da situação de saúde mental da população em todos os ciclos de vida, principalmente neste cenário pós pandemia. Problemas de sofrimento psíquico, como também, transtornos de ansiedade e depressivos são recorrentes e requerem enfrentamento organizado e

sistematizado por todos os profissionais que compõem as equipes da atenção básica.

No território 3,36% dos respondentes afirmaram ter diagnóstico de algum problema de saúde e 8,51% não foram informados.

PARECER DO DIAGNÓSTICO - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando todos os pontos acima elencados percebe-se algumas poucas adequações à PNAB e outras políticas nacionais de saúde, assim como, uma quantidade preocupante de inadequações (fragilidades), principalmente, no que concerne a ambiência, estrutura e funcionamento e aos processos de trabalho no âmbito da atenção básica. Estes elementos em sua totalidade impactam diretamente na garantia/efetivação dos princípios doutrinários e organizativos do sistema de saúde, com destaque para os princípios de universalidade do acesso, integralidade da assistência e práticas de saúde equânimes.

Entende-se que muitos dos problemas aqui identificados advém, sobretudo, do subfinanciamento do SUS que coloca o sucateamento dos serviços públicos como uma alternativa vistosa, endossando o senso comum e o discurso da população de que o sistema de saúde não funciona, com isso, cria-se/fortalece-se a narrativa e a justificativa para ações como a privatização dos serviços.

Por outro lado, percebe-se que outras problemáticas carecem de ações sistematizadas de educação permanente, primordialmente ações que resgatem os preceitos constitucionais do SUS, das principais políticas estruturantes do sistema, do trabalho em equipe (multi, inter e transdisciplinar), dos saberes/fazeres inerentes ao nível de densidade tecnológica primário. Acredita-se que estas práticas provocarão mudanças significativas nos processos de trabalho da organização e ajudarão a desatar alguns dos nós críticos diagnosticados.

Apresenta-se abaixo um quadro sinóptico com as principais sugestões para responder de forma satisfatória os problemas identificados neste diagnóstico.

Quadro 5 - Quadro sinóptico conclusivo do diagnóstico situacional.

PROBLEMA (P)	SUGESTÃO (S)	NÍVEL DE PRIORIDADE (NP)
<ul style="list-style-type: none"> • P - Inadequação de infraestrutura da UBS; S - Pactuação com a Secretaria Municipal de Saúde e mobilização junto do controle social; NP - Urgente; 		

- P - Inadequação de aspectos inerentes à publicidade de informações da UBS tal qual preconiza a PNAB, a saber: lista de profissionais, gerente de AB e mapas de abrangência em locais de fácil visibilidade do público; S - Atualizar informações e dispor em local de fácil acesso; NP - Não urgente;
- P - Não monitorização permanente da satisfação dos usuários; S - Discutir/pactuar com a equipe possibilidades de ferramentas para monitorização da satisfação, como, por exemplo, caixinha de sugestões, dúvidas e reclamações, criação de ouvidoria própria, utilização de formulários Google etc; NP - Não urgente;
- P - Falta de pessoal para atuação como recepcionista, o que acarreta em desorganização do fluxo e no não acolhimento, escuta qualificada e resolutiva, uma vez que, quem faz a função são os profissionais da segurança; S - Articulação com a SMS para que estes tomem ciência e se possível conheçam de perto a realidade e como isso impacta nos processos de trabalho de toda a equipe de saúde; NP - Urgente;
- P - Não instituição da cultura do acolhimento com classificação de risco, assim como, os demais preceitos da Política Nacional de Humanização; S - Educação Permanente em Saúde; NP - Urgente;
- P - Agenda não compartilhada entre os profissionais de saúde e tendência de divisão de atendimentos segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias; S - Pactuar com a equipe e reforçar a necessidade e importância da readequação do perfil de atenção básica preconizado pela PNAB por meio da Educação Permanente, pensando coletivamente em estratégias para o enfrentamento de tal problemática; NP - Não urgente;
- P - Não envolvimento de alguns profissionais de saúde com o planejamento, o desenvolvimento e a avaliação das atividades de educação e promoção da saúde; S - Idem sugestão anterior; NP - Não urgente;
- P - Não monitorização da situação de saúde da população adscrita com base na epidemiologia/diagnóstico de situação de saúde; S - A partir dos dados deste diagnóstico situacional traçar estratégias de acompanhamento e monitoramento dos principais problemas aqui elencados; NP - Não

urgente;

- P - Controle social enfraquecido; S - Educação permanente e (re)ativação de espaços como o conselho gestor com ampla participação social; NP - Não urgente;
- P - Alta prevalência de cidadãos não participantes de grupos comunitários e preocupante contexto de desemprego e trabalho informal da população adscrita; S - Criação de grupos comunitários com foco em promoção e prevenção da saúde (principalmente voltado para as DCNT) e pactuações intersetoriais para criação de oficinas/grupos de geração de renda; NP - Não urgente;
- P - Elevado número de pessoas pardas no território ; S - Trabalhar as questões inerentes à relação entre raça/racismo e saúde, Política Nacional de Saúde da População Negra, questões de colorismo e autoafirmação (Educação Permanente); NP - Não urgente;
- P - Expressiva quantidade de idosos no território; S - Criação/reactivação de grupos de promoção/prevenção vistas à promoção de autonomia, envelhecimento ativo, prevenção de quedas dentre outras questões; NP - Não urgente;
- P - Não enfrentamento sistemático dos problemas de saúde advindos do meio ambiente (questões relacionadas à água, lixo, condições sanitárias etc); S - Pactuar intersetorialmente com a Prefeitura Municipal de Maceió, Vigilância em Saúde (sanitária e ambiental) e outras entidades pertinentes ações de enfrentamento permanente a estas condições sociais; NP - Urgente;
- P - Não enfrentamento de problemas decorrentes do uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas; S - Educação Permanente e trabalho intersetorial e articulado em rede, como, por exemplo, com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o Consultório Na Rua; NP - Não urgente.
- P - Ausência de oficinas de Educação Permanente; S - Instituir pelo menos uma vez ao mês as oficinas de EPS (ideal seria a cada 15 dias, visto a grande demanda identificada) com os temas aqui identificados e outros que os profissionais coloquem como necessidade; NP - Urgente.
- P - Ausência de oficinas de gestão e Planejamento Estratégico Situacional

(PES) - Instituir uma vez ao mês reuniões de PES com foco neste diagnóstico situacional e em outras necessidades identificadas pelos profissionais participantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATISTA, Leônia Maria; VALENÇA, Ana Maria Gondim. A fitoterapia no âmbito da atenção básica no SUS: realidades e perspectivas. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 12, n. 2, p. 293-296, 2012.

BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni. A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. **Revista Psicopedagogia**, v. 28, n. 85, p. 67-75, 2011.

BRASIL DE FATO. IBGE: mulheres negras e pardas são as principais usuárias da atenção básica à saúde. 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/10/21/ibge-mulheres-negras-e-pardas-sao-as-principais-usuarias-da-atencao-basica-a-saude>. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidar bem da saúde de cada um – faz bem para todos, faz bem para o Brasil**. (cartilha). Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidar_bem_saude_populacao_trans.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.761, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **MANUAL DE ESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**. 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**: atitude de ampliação de acesso. 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em: 02 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Diário Oficial da União, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica: Manual para preenchimento das fichas de coleta de dados simplificada: CDS**. - Versão 3.0 [recurso eletrônico]. Secretaria-Executiva. Brasília: Ministério da Saúde. (Versão preliminar). 2018:145p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_CDS_3_0.pdf. Acesso em: 23 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4ª edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.**

EIZIRIK, Mariana; BERGMANN, David Simon. Ausência paterna e sua repercussão no desenvolvimento da criança e do adolescente: um relato de caso. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 26, n. 3, p. 330-336, 2004.

Feichas NML, Schweickardt JC, Ferla AA. Estratégia Saúde da Família e práticas populares de saúde: diálogos entre redes vivas em um território de Manaus, AM, Brasil. **Interface (Botucatu)**. 2020; 24(Supl. 1): e190629. <https://doi.org/10.1590/Interface.190629>.

GUIBU, Ione Aquemi et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 17s, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s287872017051007070.pdf. Acesso em: 07 jun. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades@**. [s.d.] Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/maceio/panorama>. Acesso em: 21 jun. 2021.

LEVORATO, Cleice Daiana et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, p. 1263-1274, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. 2013.

PAULA, Milena Lima de et al. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. **Psicologia em estudo**, v. 19, n. 2, p. 223-233, 2014.

PETERMANN, Xavéle Braatz et al. Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa. **Saúde (Santa Maria)**, v. 41, n. 1, p. 49-56, 2015.

PIERIN, Angela Maria Geraldo et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1389-1400, 2011.

RIBEIRO, Amanda Gomes; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; RIBEIRO, Sônia Machado Rocha. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 7-17, 2012.

SANTOS, Diego Junior da Silva et al. Raça versus etnia: diferenciar para melhor aplicar. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 15, n. 3, p. 121-124, 2010.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ. Rede Básica de Serviços – SMS Maceió. [s.d.] Disponível em: <http://www.maceio.al.gov.br/sms/ubss-coordenacao-geral-da-atencao-primaria/>. Acesso em: 14 abr. 2021.

WHO Study Group on Young People and 'Health for All by the Year 2000' & World Health Organization. (1986). Young people's health - a challenge for society : report of a WHO Study Group on Young People and "Health for All by the Year 2000" [meeting held in Geneva from 4 to 8 June 1984]. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41720>

APÊNDICE A - FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL DO E-SUS ATENÇÃO BÁSICA

	CADASTRO INDIVIDUAL	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
----------------------	------	-------	------	-------

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO			
CNS OU CPF DO CIDADÃO <input type="text"/>	CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR <input type="text"/>	MICROÁREA* <input type="checkbox"/> FA
NOME COMPLETO:* <input type="text"/>			
NOME SOCIAL: <input type="text"/>		DATA DE NASCIMENTO:* / /	SEXO:* <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
RAÇA/COR:* <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		Etnia:** <input type="text"/>	Nº NIS (PIS/PASEP): <input type="text"/>
NOME COMPLETO DA MÃE:* <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Desconhecido			
NOME COMPLETO DO PAI:* <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Desconhecido			
NACIONALIDADE:* <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro		PAÍS DE NASCIMENTO:** <input type="text"/>	DATA DE NATURALIZAÇÃO: ** / /
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:** <input type="text"/>		MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:** <input type="text"/>	
DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** / /		TELEFONE CELULAR: () <input type="text"/>	E-MAIL: <input type="text"/>

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS		
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR <input type="radio"/> Cônjuge/Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Entead(a) <input type="radio"/> Neto(a)/Bneto(a) <input type="radio"/> Pai/Mãe <input type="radio"/> Sogro(a) <input type="radio"/> Irmão/Irmã <input type="radio"/> Garro/Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente	OCUPAÇÃO <input type="text"/>	
FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU? <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries Iniciais (Supletivo 1ª a 4ª) <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Gentílico, Técnico etc.) <input type="radio"/> Ensino Médio Especial <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobil etc.) <input type="radio"/> Nenhum	SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO <input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho <input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> Autônomo com previdência social <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social <input type="radio"/> Aposentado/Pensionista <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Não trabalha <input type="radio"/> Servidor público/militar <input type="radio"/> Outro	
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="checkbox"/> Adulto Responsável <input type="checkbox"/> Outra(s) Criança(s) <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Sozinha <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Outro		
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SE SIM, QUAL? <input type="text"/>		
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/> Homossexual (gay / lésbica)	DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Homem transsexual <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Mulher transsexual <input type="radio"/> Outro	TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA*? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL(ES)? <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO <input type="radio"/> Mudança de território <input type="radio"/> Óbito	SE ÓBITO, INDIQUE: Data do óbito:** / / Número da D.O.: <input type="text"/>
---	--

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA
Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento à minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.
_____ Assinatura

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe
FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEVE AGRIMA INFECÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____
TEVE AVC/DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe	USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, INDIQUE QUAL(ES): _____
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE _____		
1 - QUAL? _____	2 - QUAL? _____	3 - QUAL? _____

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> <6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos	SE SIM, INDIQUE QUAL(ES): _____
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes	TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular	SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outras

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior