

Estimativa rápida participativa como instrumento de planejamento em uma equipe saúde da família em região de fronteira

Participatory rapid estimation as a planning instrument in a family health team in a border region

 <https://doi.org/10.56238/cienciasaudeestuepesv1-045>

Aline Ferreira da Costa Nery de Lima

Graduada em enfermagem pela Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR); Especialista em Enfermagem em UTI neonatal e Pediátrica; Mestranda pelo Mestrado Profissional em Saúde da Família - ProfSaúde; Docente Efetiva - 40 horas DE do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia (IFRO).

E-mail - aline.nery@ifro.edu.br.

Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/7486557005569438>

<https://orcid.org/0000-0002-4682-668X>

Kátia Fernanda Alves Moreira

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco; Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo; Professora associada - 40 horas DE, do Departamento de Enfermagem e Coordenadora do mestrado profissional em Saúde da Família - ProfSaúde na UNIR.

E-mail - katiaunir@gmail.com.

Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/3724748838946483>

<https://orcid.org/0000-0002-1460-0803>

Elen Petean.Parmejiani

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT); Mestre em Enfermagem pela UFMT; Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery/EEAN da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ; Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Docente colaboradora do Mestrado Profissional em Saúde da Família – Prof saúde.

E-mail - elenpetean@unir.br.

Currículo lattes - <http://lattes.cnpq.br/0771767703903083>

<https://orcid.org/0000-0002-0512-8172>

RESUMO

Objetivo: Relatar o processo da estimativa rápida participativa em uma equipe na estratégia saúde da família do município de Guajará-Mirim/RO, fronteira com o país Bolívia, contribuindo para tomada de

decisão no planejamento estratégico em saúde. Metodologia: Dados coletados da equipe de uma Unidade Básica de Saúde, por meio de reunião incluindo diretamente sete agentes comunitários de saúde, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e uma médica, seguida das etapas de visita in loco, para observação do território, participação em oficina do Programa Saúde na Escola, bem como entrevistas com quatro informantes-chaves e extração de relatórios do Prontuário eletrônico do cidadão e-SUS, visando identificar e solucionar problemas, assim como potencialidades que favorecem a saúde da comunidade. Resultados: Foram organizados a partir dos problemas situacionais identificados pela equipe na perspectiva da promoção da saúde e solução de problemas conforme a definição de prioridades. Conclusão: A estimativa rápida promove o reconhecimento da realidade, por meio da participação dos atores envolvidos gerando diálogo e potencializando estratégias e intersetorialidade favorecendo o planejamento de ações para a promoção da saúde.

Palavras-chave: Planejamento estratégico, Estratégia Saúde da Família, Diagnóstico da situação de saúde.

ABSTRACT

To report the process of rapid participatory estimation in a team in the family health strategy in the municipality of Guajará-Mirim/RO, bordering Bolivia, contributing to decision-making in strategic health planning. Methodology: Data collected from the team of a Basic Health Unit, through a meeting directly including seven community health agents, a nurse, a nursing technician and a doctor, followed by the on-site visit steps, for observation of the territory, participation in a workshop of the Health at School Program, as well as interviews with four key informants and extraction of reports from the e-SUS Citizen's Electronic Record, aiming to identify and solve problems, as well as potentialities that favor the

health of the community. Results: They were organized from the situational problems identified by the team in the perspective of health promotion and problem solving according to the definition of priorities. Conclusion: The quick estimate promotes the recognition of reality, through the participation of the actors involved, generating dialogue and

enhancing strategies and intersectoriality, favoring the planning of actions for health promotion.

Keywords: Strategic Planning, Family Health Strategy, Diagnosis of the health situation.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é um direito da população garantido na constituição federal de 1988, o qual tem como princípios e diretrizes a universalidade de acesso, a integralidade e a resolutividade da assistência à saúde, orientado a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), pautada no modelo de reorganização conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2017), AB é descrita como “um conjunto de ações de saúde desenvolvidas em âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.” Essas ações são realizadas pela equipe de saúde multidisciplinar a uma população adscrita em um território geograficamente definido, é o primeiro acesso da população com o sistema de saúde e ordenadora do cuidado, sendo o vínculo entre a pessoa e suas necessidades de saúde (BORGES; SANTOS; FISCHER, 2019).

Na APS a participação social se faz importante, pois é o principal foco do processo saúde-doença, favorecendo transformações adequadas, por deterem o conhecimento do meio no qual estão inseridos (FERNANDES; SPAGNUOLO; BASSETO, 2017; BORGES; SANTOS; FISCHER, 2019). O Ministério da Saúde aponta em suas diretrizes o planejamento em saúde como atribuição dos municípios para o reconhecimento das necessidades da população por meio da participação social (BRASIL, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2016;).

Esse planejamento tem como objetivo assegurar que o SUS atenda, com qualidade, as demandas de saúde, dando importância aos determinantes e condicionantes, sendo necessária a participação de todos os atores sociais envolvidos assim como a integração intra e intersetorial (BRASIL, 2017). A prática do planejamento não tem ocorrido de forma fortalecida nos serviços de saúde, mesmo com o avanço a nível local da construção do Plano Municipal de Saúde. Em um estudo realizado com equipes de ESF em Florianópolis, concluiu-se que a análise da realidade da população atendida, no intuito de apoiar o trabalho das equipes, era feito esporadicamente. Sendo que a equipe visualizava a coleta de dados e alimentação do sistema de informação em saúde apenas como burocracia e não entendimento de facilitação para gerar informações auxiliando na tomada de decisão para escolha das intervenções coletivas (SANTOS, 2017).

Para auxiliar na resolução de situações vivenciadas pela população de um território, tem-se o Planejamento Estratégico Situacional participativo, o qual é um método baseado em problemas, que deve ser abordado em suas múltiplas dimensões e sua multissetorialidade (TESSER *et al.*, 2011). “O planejamento é uma forma de organização para a ação” (ROCHA; SOUZA, 2018). Assim é importante o Diagnóstico situacional para conhecimento da realidade, identificação dos problemas e busca de soluções ou minimização deles (MATUS, 1993).

A estimativa rápida participativa (ERP) é um instrumento que auxilia no planejamento estratégico, pois visa contribuir na detecção da necessidade de saúde de grupos distintos. Esse método se mostra apropriado por sua simplicidade, apresentar baixo custo, agilidade e informações precisas de populações definidas (SILVEIRA, 1998).

O local designado para o estudo foi a Unidade básica de saúde Carlos Chagas, articulada com a equipe dois da ESF, a qual abrange os bairros Caetano e Tamandaré, no município de Guajará-Mirim situado à oeste do estado de Rondônia. Por ser fronteira com o país Bolívia, apresenta quantidades expressivas de habitantes bolivianos e, por se tratar de uma cidade com área de reserva, há moradores indígenas que residem em aldeias e na zona urbana.

Considerando a importância da ERP para o planejamento estratégico em saúde, esse estudo teve como objetivo relatar o processo de ERP contribuindo para a identificação e desenvolvimento de iniciativas que qualifique a tomada de decisão no processo de planejamento em saúde, desenvolvido em 2022 por uma estudante do Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE da Fundação Universidade Federal de Rondônia.

2 MÉTODO

O estudo foi realizado, com uma equipe da estratégia saúde da família que tem 4902 usuários adscritos, tendo como referência uma das Unidades básicas de Saúde do município. Conta com três equipes, sendo a mais antiga, construída em 1975.

A estratégia da coleta de dados foi a técnica da estimativa rápida participativa, o estudo envolveu diretamente sete agentes comunitários de saúde (ACS), uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e uma médica, além do diretor da unidade.

A coleta de dados iniciou em agosto de 2022. Realizada com a participação da equipe multiprofissional, por meio da reunião de equipe, foi aplicado pela mestranda o método tempestade de ideias, com o objetivo de identificar problemas enfrentados pela equipe, na qual existia a possibilidade de solucionar conforme a capacidade de governabilidade dos mesmos. Na sequência, visita *in loco* para observação do território por meio de conversas com alguns usuários das microáreas e participação em oficinas do Programa Saúde na Escola junto a equipe. Entrevista com informantes-chaves, como profissional de saúde, moradores residentes há mais de dez anos nas áreas e diretor de escola. Por fim foi

articulado com os ACS e a enfermeira a extração dos relatórios do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC e-SUS).

O instrumento de entrevista utilizado para coleta com os informantes chaves foi adaptado conforme a realidade local da região (questionário com perguntas abertas, total de 31 questões), com base no que apontam Acúrcio, Santos e Ferreira (1998), que propõe quatro dimensões para a leitura da situação de saúde de um determinado território: composição e capacidade de agir da população, incluindo número e características dos habitantes, grupos existentes e lideranças ativas na comunidade. seguida da identificação de fatores que influenciam as condições de vida e de saúde, tais como ambiente físico (incluindo moradia, vias de acesso, poluição e saneamento), ambiente socioeconômico (escolaridade, ocupação, renda e atividades desenvolvidas na comunidade) e o perfil de morbidade e mortalidade. Na sequência a existência de cobertura, acesso e a aceitabilidade dos serviços de saúde, ambientais e sociais, incluindo abastecimento da água, destinação de resíduos como lixo e esgoto, existência de escolas, espaços e oportunidades de lazer e de convivência. A quarta dimensão relaciona-se às políticas públicas que revelam o comprometimento dos governantes e o envolvimento dos diferentes segmentos sociais em favor da saúde. Nesse nível são incluídos o conhecimento e a participação da comunidade no conselho municipal de saúde.

A análise dos dados foi realizada da seguinte forma: primeiramente a organização dos problemas e descritores, apontados pela equipe e conforme observado no território, correspondendo a indicadores. Na sequência foi utilizada a matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência) para seleção de problemas, conforme prioridades e capacidade de governabilidade (KEPNER; TREGOE, 1981) e analisados os dados das entrevistas realizadas com os informantes chaves.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 PROBLEMAS SITUACIONAIS IDENTIFICADOS PELA EQUIPE

A partir do diálogo inicial realizado com a equipe multiprofissional, foram levantados alguns problemas, organizados conforme os descritores e estratificação de dados do sistema de informação PEC e-SUS, no qual verificou-se como principal prioridade pessoas idosas nas microáreas a partir de 60 anos e mais 645 (13,15%), comorbidades Hipertensão 342 (53%), e diabetes 125 (19,37%).

Desse grupo constatou-se nos registros que do total de pessoas idosas 362 (16%) é do sexo feminino e 283 (14,15%) é do sexo masculino, dos que apresentam a hipertensão como comorbidade 200 (58,47%) são mulheres e 142 (41,52%) são homens, sendo diabéticos 73 (58,4%) do sexo feminino e 52 (41,6%) do sexo masculino.

O envelhecimento da população é um marco da humanidade e conseqüentemente um grande desafio a ser enfrentado pela sociedade, posto que, essa longevidade exige ações voltadas na área das políticas públicas, como a formação de recursos humanos para atendimento do público geriátrico e, em especial, políticas de promoção da saúde e de prevenção de doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

O envelhecimento é um processo natural do corpo humano que apresenta alterações fisiológicas, psicológicas, anatômicas e sociais (LOPES; ARAÚJO; NASCIMENTO, 2016).

Seguindo a tendência nacional, observa-se no município estudado, o aumento da população idosa em relação ao total de residentes nos últimos 30 anos, em 1980, 7,05% da população tinha 60 anos ou mais, seguidas de 5,18% em 1990, 6,09% em 2000 e 7,39% em 2010 (IBGE, 2010).

Ao comparar os hipertensos por faixa etária, observa-se que existe maior quantidade dos que estão na idade de 60 anos e mais e do sexo feminino e que o mesmo ocorre no caso dos que apresentam a diabetes como comorbidade. A hipertensão arterial apresenta como principais fatores de risco, a idade, raça, sexo, sobrepeso ou obesidade e hábitos de vida, além de pré-disposição genética e estresse (HAJJAR; KOTCHEN; KOTCHEN, 2006). Referente a prevalência em relação ao sexo, nas mulheres pode ser influenciado por fatores hormonais, gestação e menopausa, fatores extrínsecos como a inserção da mulher no mercado de trabalho, as atribuições domésticas e o fato de que as mulheres identificam problemas de saúde mais do que os homens, bem como buscam mais os serviços de saúde (ALVES; GODOY, 2001; COLOMBO, 2011).

Estudos expressam que a fisiologia do padrão hemodinâmico nos idosos colabora para a acentuação da hipertensão arterial e por conseguinte para risco de doença cardiovascular, isso porque no processo de envelhecimento há o aumento da rigidez arterial (FRANKLIN, 2006; STIEFEL; GARCIA-MORILLO; VILLAR, 2008).

A diabetes *mellitus* é uma doença crônica não transmissível que assim como a hipertensão arterial, apresenta como fatores de risco, estilo de vida, obesidades, hábitos alimentares e fatores genéticos, os quais tornam-se fatores determinantes para a incidência da doença. Essa doença pode acarretar complicações de saúde podendo levar a incapacitação de atividades de vida diária e até a óbito (BRASIL, 2006; OLIVEIRA; FRANCO, 2010).

Um estudo realizado por Francisco e colaboradores (2018), nas capitais brasileiras sobre a prevalência simultânea de hipertensão e diabetes na população, obteve como resultado assim como o da equipe dois da unidade de saúde Carlos Chagas, maior prevalência dessas duas doenças no gênero do sexo feminino, em idosos com 60 anos ou mais, que apresentavam menos tempo de estudo (≤ 8 anos de estudo) e com índice de massa corporal acima do esperado.

Esses resultados apresentados, são importantes para o planejamento de ações de gestores e profissionais da AB, considerando os determinantes e condicionantes de saúde do território e tomadas de decisão de forma longitudinal, iniciando o mais precocemente estratégias de promoção de saúde que visem idosos saudáveis e ativos.

Durante observação do território da unidade e conversas com a enfermeira e com alguns usuários adscritos, observou-se que não há a implantação de grupo para esse contingente populacional, nem de atividades físicas ou de alimentação saudável, existe a visita mensal do ACS a esse público e quando há necessidade ou solicitado pela família é realizada a visita domiciliar, caso o usuário necessite é realizada a

consulta na unidade de saúde. Embora no território exista uma área com piscina, quadra e pista de caminhada, pertencente a secretaria municipal podendo ser utilizada quando solicitada e agendada na prefeitura, esse espaço não é utilizado para fins de atividades com a população adscrita. Há ainda no território a presença de uma Instituição de Longa Permanência, próxima a unidade, esses são acompanhados por uma ACS e são realizadas ações programadas para realização de atividades com os institucionalizados.

Por entender que a APS é o primeiro acesso do usuário que precisa ser acolhido com a escuta qualificada e que prima pela promoção da saúde e prevenção da doença, é importante que não seja enfatizado na atenção ao idoso apenas o diagnóstico, mas também a promoção à saúde, ações de prevenção, a fim de garantir a integralidade do cuidado (MEDEIROS *et al.*, 2017).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa orienta medidas de autocuidado, auxiliando na saúde do idoso, minimização de custos terapêuticos e promoção do envelhecimento ativo, dessa forma os profissionais da ESF tem importante papel no que tange a elaborar estratégias voltadas à realidade do território, por meio da integração e intersetorialização (KLEBA *et al.*, 2015).

3.2 DIMENSÕES DA REALIDADE NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

3.2.1 Organização e Capacidade de Ação da População

No território analisado, foi salientado pelos atores locais, pouco ou praticamente nenhum envolvimento de crianças, jovens, adolescentes, adultos e idosos nas atividades comunitárias, os informantes referiram:

“São pessoas apáticas que não demonstram interesse em nenhum tipo de ação, que não fiscalizam e nem cobram pelos seus direitos perante os órgãos públicos” (Informante Chave 3).

O território é local único, homogêneo podendo ser político administrativo ou do agir de atores sociais, é a consequência de um arsenal do contexto histórico, cultural, ambiental e social, sendo o espaço onde se percebe o entrosamento comunidade-serviços (GONDIM *et al.*, 2008).

Dessa forma a autonomia está relacionada a capacidade de participação da população para a tomada de decisão do indivíduo e da coletividade, em favor da saúde e da vida, por meio do reconhecimento de possibilidades e desenvolvimento de escolhas cientes dos cidadãos sobre suas atitudes e caminhos (MELO *et al.*, 2016).

3.3 FATORES SOCIOAMBIENTAIS

Em geral, os entrevistados percebem como pontos negativos a falta de saneamento básico no território e na cidade como um todo, alegando falta de água tratada de qualidade, a falta de iluminação pública em alguns pontos das microáreas.

O saneamento básico (água potável, esgotamento sanitário e manejo de resíduos sólido), tem potencial de exercer efeitos nocivos sobre o bem-estar, sendo considerado um significativo determinante

ambiental de saúde, a falta deste culmina em prejuízos a saúde da população, causando e agravando as doenças (MASSA; CHIAVEGATTO, 2020).

A inquietação dos moradores corrobora com o que aponta o IBGE (2020) sobre o município, no qual houve o quantitativo de cinco internações por diarreia por mil habitantes. Uma pesquisa realizada nos municípios brasileiros, sobre a influência da Política Municipal de Saneamento Básico no evento de doenças relacionadas ao saneamento básico inadequado, apontou a dengue seguida da diarreia, como as epidemias ou endemias mais frequentes (BAYER; URANGA; FOCHEZATTO, 2021).

A promoção da saúde inclui em suas estratégias a promoção do meio ambiente e dos recursos naturais, criando-se ambientes favoráveis à vida e à convivência (BRASIL, 2002). A ampliação e presença desses ambientes e promoção de interação social são imperiosos para melhorias da saúde, possibilitando momentos entre e para as pessoas, estimulando sentimento de pertença social, ascensão da autoestima e ações solidárias na comunidade, minimizando a apatia da comunidade, como foi falado pelos informantes chaves (KLEBA *et al.*, 2015).

Sobre trabalho e renda, foi unânime entre os entrevistados que a fonte de trabalho que impera na área são lojas, comércios e serviços em órgãos públicos, e a renda no caso assalariados e auxílio de programa do governo federal. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020), o salário médio mensal dos habitantes do município de Guajará-Mirim era de 1.8 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 9.5%. Estudos expressam que pessoas com maior renda têm maior nível de educação e conhecimento, assim, entendem a necessidade de hábitos saudáveis e questão de higiene e de contenção da propagação de vetores (SANTOS; JACINTO; TEJADA, 2012; BAYER; URANGA; FOCHEZATTO, 2021).

3.4 SERVIÇOS DE SAÚDE, AMBIENTAIS E SOCIAIS

Em relação aos serviços de saúde, a comunidade entende que precisa ser mais resolutiva e efetiva referente ao acesso, acolhimento e serviços, referindo que é necessário diminuir as filas para o atendimento, que a unidade precisa ser mais atenta em relação a individualidade do usuário e que observam quantitativo inadequado de recursos humanos, mas que no geral veem os serviços de orientações da equipe como positiva, uma das entrevistadas trouxe como solução:

“acredito que é necessário investir em políticas públicas de saúde e organização dos serviços e que os gestores precisam de menos falácias” (Informante Chave 2).

O acolhimento é um processo que envolve a relação entre usuário e equipe de saúde de forma humanizada e com escuta qualificada é uma tática de organização do serviço com características a ampliar o acesso à APS aos demais níveis do SUS, conduzindo os profissionais a atingirem as metas dos programas, a melhorarem o trabalho e executarem um bom atendimento, propiciando a resolutividade do problema (CARVALHO *et al.*, 2008; BARALDI; SOUTO, 2011).

Um estudo realizado em Belo Horizonte, sobre acesso dos usuários a uma Unidade Básica de Referência aos serviços de saúde, tanto os profissionais de saúde como os usuários destacaram importantes falhas no acesso ao serviço como acolhimento, agendamento de consultas e exames complementares e serviços de referência e contrarreferência (VIEGAS; CARMO; da LUZ, 2015), o que corrobora com alguns relatos dos informantes chaves da unidade de saúde em estudo.

3.5 PARTICIPAÇÃO OU CONTROLE SOCIAL

Acerca do Conselho Municipal de Saúde (CMS) apenas um dos informantes sabia da existência desse no município. O CMS é responsável por aprovar o Plano Municipal de Saúde e pelo exercício do controle social sobre a execução de política de saúde do município, faz-se importante a população conhecer o CMS e procura-lo para conversar sobre as necessidades de saúde da comunidade.

Embora a maioria dos informantes chaves não tenham conhecimento do CMS, ele existe no município e foi responsável pela aprovação do Plano Municipal de Saúde de 2018 a 2021. O Ministério da Saúde orienta que esse instrumento seja construído pela gestão e aprovado pelo CMS, sendo alicerce para conduzir o estabelecimento e avaliação de todas as ações no município (BRASIL, 2009).

Um ensaio, realizado por Miwa e Ventura (2020), sobre possíveis formas de participação social em saúde em nível local, nas unidades de APS, destacou a impropriedade de comprometimento, no envolvimento em saúde, onde os indivíduos juntam-se em favor de um desejo comum, momentaneamente, no entanto, não nutrem relações duradouras com a razão do que defendem ou com o ambiente que pertencem.

Os conselhos de saúde são espaços importantes para deliberação de decisões e por isso é imprescindível a participação da sociedade, meio de assegurar a democratização da governabilidade junto a universalidade e equidade no SUS (COTTA *et al.*, 2011).

4 CONCLUSÃO

A estimativa rápida participativa mostrou-se uma ferramenta oportuna ao reconhecimento da realidade do território, uma vez que por meio dela, foi possível articular com a equipe, a observação, identificação de problemas e coleta de dados de forma rápida e participativa.

O diagnóstico foi desafiador, pois os relatórios do sistema eletrônico de informação da atenção básica e-SUS, não estavam sendo atualizados automaticamente, há dados de usuários que não estavam mais residindo nas microáreas e os novos adscritos não foram atualizados, a equipe enfrentou entrave nesse seguimento. Assim, alguns dados do estudo não foram fidedignos, em razão de que alguns, somente os ACS que acompanham e cadastram tinham a informação, como havia alguns desses profissionais de férias, licença e que outros não tinham todos os dados, esses não denotaram autenticidade. No panorama da promoção da saúde, evidencia-se a objeção de alguns setores como redes de atenção à saúde, não estarem operando em sua totalidade, como é o caso do Centro de Atenção Psicossocial, Programa como o do

tabagismo e serviço odontológico e também da constante mudança da gestão da atenção básica, não conseguindo dessa forma estabelecer ou continuar as ações planejadas, considerando ainda a falta de medicação e o acesso a essas, em virtude de o serviço de farmácia está centralizado na Unidade Básica de Saúde em estudo e que uma parcela dos exames laboratoriais e alguns de imagem não estavam sendo realizados por falta de material adequado. Esses contrapontos tornam os usuários mais vulneráveis e cada vez mais dependentes da capital Porto Velho. Em contrapartida, observa-se a presença de alguns espaços abertos e parcerias como associações, igrejas, escolas e órgãos públicos, que são potenciais para elaboração de estratégias em saúde no âmbito da APS.

Para tanto observou-se que o instrumento da ERP, se faz importante para detecção de situações prioritárias e planejamento das ações em saúde, para determinada população, visto que o território tem suas necessidades e está em constante modificação, considerando ainda que as demandas podem não ser resolvidas por completo, mas podem ser minimizadas de forma intra e intersetorial. Por meio do Diagnóstico Local Situacional, foi possível a mestrandia elaborar articulada a equipe, um Plano de intervenção, direcionado ao que os profissionais apontaram como maior prioridade de atenção, que foi estratégia relacionada a atenção integral a saúde da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

- ACÚRCIO, F. A.; SANTOS, M. A.; FERREIRA, S. M. G. **Aplicação da técnica da estimativa rápida no processo de planejamento local**. In: MENDES, E. V. (Org.). *A organização da saúde no nível local*. São Paulo, p. 87-110, 1998.
- ALVES, M.; GODOY, S. C. B. Procura pelo serviço e atenção à saúde do trabalhador e absenteísmo-doença em um hospital universitário. **Revista Mineira de Enfermagem REME**. Belo Horizonte, v. 5, n. 1/2, p. 73-81, jan-dez, 2001.
- BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo. **Revista Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**. São Paulo, v. 36, n. 1, p. 10-17, jan-abr, 2011.
- BAYER, N. M.; URANGA, P. R. R.; FOCHEZATTO, A. Política Municipal de Saneamento Básico e a ocorrência de doenças nos municípios brasileiros. **urbe. Revista Brasileira de Gestão Urbana**. Curitiba, v. 13, p. 1-17, 2021.
- BORGES, N. S.; SANTOS, A. S.; FISCHER, L. A. Estratégia de saúde da família: Impasses e desafios atuais. **Saúde em Redes**. Espírito Santo, v. 5, n. 1, p. 105-114. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (Planeja SUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. **Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde**, Brasília, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº2436, 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). **Diário oficial da união**. Brasília, 2017.
- CARVALHO, C. A. P.; MARSICANO, J. A.; CARVALHO, FÁBIO. S. et al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde (online)**. São José do Rio Preto, v. 15, n. 2, p. 93-98, abr-jun, 2008. Disponível em: https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-15-2/iD%20253.pdf. Acesso em: 22 out. 2022.
- COLOMBO, F. C. **Hipertensão arterial na mulher**. In: Paola AAV, Barbosa MM, Guimarães JI. *Cardiologia: livro texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia*. São Paulo: Manole, p. 628-630, 2011.
- COTTA, R. M. M.; MARTINS, P. C.; BATISTA, R. S. et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1121-1138, 2011.
- FERNANDES, V. C.; SPAGNUOLO, R. S.; BASSETO, J. G. B. A participação comunitária no Sistema Único de Saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira em promoção da Saúde**. Fortaleza, v. 30, n. 1, p. 125–134, jan-mar, 2017.
- FRANCISCO, P. M. S. B.; SEGRI, N. J.; BORIM, F. S. A.; MALTA, D. C. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3829-3840, nov, 2018.

FRANKLIN, S. S. Hypertension in older people: part 1. **J Clin Hypertens**. v. 8, n. 6, p. 444-449, jun 2006.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M.; ROJAS, L. I. et al. **O território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p. 237-55, 2008

HAJJAR, I.; KOTCHEN, J. M.; KOTCHEN, T. A. Hypertension: trends in prevalence, incidence, and control. **Annu Rev Public Health**. v. 27, p. 465-490, 2006.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. Censo Brasileiro de 2020. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

KEPNER, C. H.; TREGOE, B. B. **O administrador racional**. São Paulo: Atlas, p.58, 1981.

KLEBA, M. E.; DUARTE, T. F.; ROMANINI, A.; CIGOGNINI, D. C.; ALTHAUS, I. R. Estimativa rápida participativa como ferramenta de diagnóstico na Estratégia Saúde da Família. **Revista Grifos**. Chapecó, v. 24, n. 38/39, p. 160-177, 2015.

LOPES, M. J.; ARAÚJO, J. L. de.; NASCIMENTO, E. G. C. do. O envelhecimento e a qualidade de vida: a influência das experiências individuais. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 181-199, 2016.

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

MASSA, K. H. C.; CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. Saneamento básico e saúde autoavaliada nas capitais brasileiras: uma análise multinível. **Revista Brasileira de Epidemiologia [Internet]**. São Paulo, v. 23, p. 1-13, 2020. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/kHqLbYTVZrsXFFmSPNmhV3r/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 fev. 2023.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília, DF: Ipea, 1993. Tomo 1.

MEDEIROS, K. K. A. S.; PINTO, E. P.; BOUSQUAT, A.; MEDINA, M. G. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate [Internet]**. Rio de Janeiro, v. 41, n. especial 3, p. 288-295, set, 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pMdR8RQtGPdkT9N6SM8HTfS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 fev. 2023

MELO, A. K. S.; FREITAS, L. M. S.; SIEBRA, A. J.; VALE, S. F. A autonomia no âmbito da política nacional de promoção de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Fortaleza, v. 29, n. 4, p. 585-594, out-dez, 2016.

MIWA, M.; VENTURA. C. O (des)engajamento social na modernidade líquida: sobre participação social em saúde. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 44, n. 127, p. 1246-1254, out-dez, 2020.

OLIVEIRA, D. M de.; DEUS, N. C. P de.; CAÇADOR, B. S.; SILVA, É. A. E.; GARCIA, P. P. C.; JESUS, M. C. P. et al. Nurses' knowledge and practice on social participation in health. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 69, n. 3, p. 394-400, mai-jun, 2016.

OLIVEIRA, P. B.; FRANCO, L. J. Consumo de adoçantes e produtos dietéticos por indivíduos com diabetes melito tipo 2, atendidos pelo Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto, SP. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. São Paulo, v. 54, n. 5, p. 455-462, 2010.

ROCHA, A. A. R. M.; SOUZA, M. K. B. Planejamento em saúde: concepções, “tentativas” e desafios para a prática. **EDUFBA**. Salvador, p. 15-43, 2018.

SANTOS, AMA. dos.; JACINTO, P. de A.; TEJADA, C. A. O. Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em painel com os estados do Brasil. **Revista Estudos Econômicos**. [Internet]. São Paulo, v. 42, n. 2, p. 229-261, abr-jun, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ee/a/L46SYPh5qvncsL93ngmdRdN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 fev. 2023.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1281-1289, abr, 2017.

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

STIEFEL, P.; GARCÍA-MORILLO, S. J.; VILLAR, J. **Características clínicas, bases celulares y moleculares de la hipertension arterial del anciano**. *Med Clin (Barc)*. v. 131, n. 1, p. 387-395, 2008.

TESSER, C. D.; GARCIA, A. V.; VENDRUSCOLO, C.; ARGENTA, C. E. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4295-4306, nov, 2011.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. da. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde E Sociedade**. São Paulo, v. 24, n.1, p. 100-111, jan-mar, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2005.