

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO
TRABALHADOR**

JÓSE ANNE DE FRANÇA GABRIEL

**SITUAÇÃO DE SAÚDE DE UMA POPULAÇÃO ATENDIDA EM UM
CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DE UBERLÂNDIA – MINAS GERAIS**

UBERLÂNDIA

2021

**SITUAÇÃO DE SAÚDE DE UMA POPULAÇÃO ATENDIDA EM UM
CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DE UBERLÂNDIA – MINAS GERAIS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (Mestrado Profissional) do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia.

Área de Concentração: Saúde Ambiental

Orientador: Prof. Dr. Samuel do Carmo Lima

UBERLÂNDIA

2021

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

G118 2021	<p>Gabriel, Jôse Anne de França, 1980-</p> <p>SITUAÇÃO DE SAÚDE DE UMA POPULAÇÃO ATENDIDA EM UM CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DE UBERLÂNDIA - MINAS GERAIS [recurso eletrônico] / Jôse Anne de França Gabriel. 2021.</p> <p>Orientadora: Samuel do Carmo Lima. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Modo de acesso: Internet. Disponível em: http://doi.org/10.14393/ufu.di.2022.29 Inclui bibliografia.</p> <p>1. Geografia médica. I. Lima, Samuel do Carmo, 1959-, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pósgraduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU: 910.1:61</p>
--------------	--

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde
Ambiental e Saúde do Trabalhador
Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 3E, Sala 128 - Bairro Santa Monica, Uberlândia-
MG, CEP 38400-902
Telefone: 34-3239-4591 - www.ppgat.ig.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional, PPGAT				
Data:	14/12/2021	Hora de início:	09h00	Hora de encerramento:	11h00
Matrícula do Discente:	11912GST024				
Nome do Discente:	Jôse Anne de França Gabriel				
Título do Trabalho:	SITUAÇÃO DE SAÚDE DE UMA POPULAÇÃO ATENDIDA EM UM CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DE UBERLÂNDIA – MINAS GERAIS				
Área de concentração:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Linha de pesquisa:	Saúde Ambiental				
Projeto de Pesquisa de vinculação:					

Reuniu-se em web conferência pela plataforma Google MEET, em conformidade com a PORTARIA Nº 36, DE 19 DE MARÇO DE 2020 da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, assim composta: Professores Doutores: Rosuita Fratari Bonito, instituição: UFU; Elivelton Fonseca da Silva, instituição: Instituto de Ciência e Tecnologia – Campus Santa Luzia e Samuel do Carmo Lima, instituição: UFU, orientador da candidata.

Iniciando os trabalhos o presidente da mesa, Prof. Dr. Samuel do Carmo Lima, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu a Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos examinadores, que passaram a arguir o candidato. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado, considerando

o candidato:

Aprovado (a)

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Elivelton da Silva Fonseca, Professor(a) do Magistério Superior**, em 21/12/2021, às 13:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Samuel do Carmo Lima, Usuário Externo**, em 14/01/2022, às 21:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rosuita Fratari Bonito, Usuário Externo**, em 18/01/2022, às 09:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_or_gao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3260327** e o código CRC **B45F5306**.

RESUMO

Introdução: O Centro de Saúde Escola Jaraguá (CEJAR) em Uberlândia - MG, é uma unidade de assistência em atenção primária, com sua organização e estratégia de atenção pautado no modelo tradicional de assistência. A presente pesquisa surgiu a partir de um dos grandes problemas vivenciados pelo CEJAR: o desconhecimento do território e da situação de saúde da população adscrita, o que dificulta o planejamento estratégico situacional e Plano Local de Saúde. **Objetivo:** Analisar a situação de saúde da população adscrita ao CEJAR, para instrumentalizar os profissionais de saúde para a elaboração de um Plano Local de Saúde que apresente ações de assistência, prevenção e promoção da saúde que possam atender às necessidades e problemas de saúde da população adscrita. **Metodologia:** A pesquisa foi desenvolvida com abordagem quantitativa e qualitativa, em quatro etapas que permitissem atingir os objetivos propostos. Primeira etapa: foi realizado um estudo descritivo, transversal, para a avaliação do CEJAR, que incluiu a coleta de informações relativas à estrutura física da unidade, sobre a equipe de trabalho e os programas de Residência Médica e Multiprofissional. Segunda etapa: foi realizado um estudo transversal, quantitativo descritivo, com dados relativos aos cadastros individuais e familiares de moradores do bairro Jaraguá atendidos no CEJAR, que estão inseridos no e-SUS (coletados em 2018 e 2019). Terceira etapa: foram realizados mapas por geoprocessamento do bairro Jaraguá, por meio de microáreas, que possibilitou a elaboração de um projeto cartográfico, no qual se definiu a base de dados, para análise descritiva dos problemas de saúde da população. Quarta etapa: foram realizados grupos focais com representantes chave do bairro Jaraguá, sendo um método qualitativo que propicia a interação entre os participantes e o pesquisador para a coleta de dados e a criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. **Resultado:** Observou-se que as doenças crônicas são prevalentes e grandes são as dificuldades de acesso ao atendimento especializado. **Considerações finais:** Percebe-se a necessidade de inserir algumas prioridades ao Plano Local de Saúde, a ser desenvolvido anualmente.

Palavras-chave: Situação de saúde; Plano Local de Saúde; Acesso.

ABSTRACT

Introduction: The Centro de Saúde Escola Jaraguá (CEJAR) in Uberlândia - MG is a primary care unit, with its organization and care strategy based on the traditional care model. The present research arised from one of the major problems experienced by CEJAR: the lack of knowledge of the territory and the health situation of the enrolled population, which makes difficult the strategic situational planning and Local Health Plan. **Objective:** To analyze the health situation of the population subscribed to CEJAR, to equip health professionals for the elaboration of a Local Health Plan that presents assistance, prevention and health promotion actions that can meet the needs and health problems of the enrolled population. **Methods:** The research was developed with a quantitative and qualitative approach, in four stages that allowed reaching the proposed objectives. First stage: a descriptive, cross-sectional study was carried out to evaluate the CEJAR, which included information regarding the structure of the unit, the work team and the Medical and Multiprofessional Residency programs. Second stage: a cross-sectional, quantitative, and descriptive study was carried out, with data related to the individual and family records of residents of the Jaraguá neighborhood attended at CEJAR, who are included in the e-SUS (data collected in 2018 and 2019). Third stage: maps were made by geoprocessing of the Jaraguá neighborhood, through micro-areas, which allowed the elaboration of a cartographic project, in which the database was defined, for descriptive analysis of the population's health problems. Fourth stage: focus groups were carried out with key representatives of the Jaraguá neighborhood, being a qualitative method that provides interaction between the participants and the researcher for the collection of data and the creation of new concepts and categories during the investigation. **Result:** It was observed that chronic diseases are prevalent and there are great difficulties in accessing specialized care. **Final considerations:** There is a need to insert some priorities into the Local Health Plan, to be developed annually.

Keywords: Health situation; Local Health Plan; Access.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela dádiva da vida e por me permitir realizar tantos sonhos nesta existência. Obrigado por me permitir errar, aprender e crescer, por Sua eterna compreensão e tolerância, por Seu infinito amor, pela Sua voz “invisível” que não me permitiu desistir, em meio a tantos desejos de parar, e Ele na sua infinita bondade, sempre dizia: “Você pode, você consegue, estou contigo, sou sua força e o seu refúgio”. Ainda não descobri o que eu fiz para merecer tanto. Grata por me conceder saúde, graça, força, determinação e sabedoria para seguir sempre em frente. Foram muitos desafios durante esses 2 anos e 9 meses, onde fomos surpreendidos por uma pandemia, e nesta reta final perdi meu pai após ser acometido de um câncer muito agressivo, e em meio a tanta turbulência, o Senhor me ajudou a chegar até aqui. A ti, Senhor, toda honra e toda a glória.

Aos meus pais, José Gabriel e Vera Lucia, pelo apoio e incentivo em todos os momentos da minha vida. Por me motivarem e me incentivarem a cada dia crescer e me aperfeiçoar mais. Por serem a referência em minha vida. O motivo de crer que eu conseguiria. Sem vocês, nada seria possível. Amo vocês com amor eterno! Nesta reta final, infelizmente meu papai foi morar com o Senhor, e não poderei regozijar com ele de mais essa vitória em minha vida. Mas sei que onde estiver, a sua doce presença, a sua energia, estará comigo para concluir mais esta etapa em minha vida. Muito obrigada. Vocês são meu tudo.

Ao meu filho Victor que foi o principal motivo de encarar este desafio. Que me fez suportar todo o processo. Minha maior alegria é poder ser uma referência de força e persistência pra ele. Que ele possa se sentir motivado e que eu seja uma fonte de inspiração e exemplo pra ele. O seu amor e suas palavras de animo, me auxiliaram para chegar até aqui. Meu amor por você é infinito!

As minhas amigas, sou grata por serem anjos de Deus, que sempre se fizeram presente, e que sempre me apoiaram e me ajudaram nesta jornada com palavras de fé, ânimo, força e de orações. Agradeço a Deus em especial pelas minhas amigas Edilamar e Regina, que em todo tempo estiveram comigo. Amo vocês!

Aos meus irmãos, em especial a minha irmã Verena e meu sobrinho Antônio, que sempre fizeram parte das minhas conquistas, e sempre me apoiaram em cada um dos meus sonhos e projetos de vida. Muito obrigada, amo vocês.

Ao meu esposo Júnior, que foi importante neste processo, me motivando e dando

palavras de ânimo pra não desistir, e acreditar que eu consigo e eu posso. Amo você.

Ao Prof. Samuel, pela orientação, competência, profissionalismo e dedicação tão importantes. Tantas vezes que pensava não vou conseguir, tudo isso é demais pra mim, me senti em alguns momentos desestimulada, bastavam alguns minutos de conversa e umas poucas palavras de incentivo, ele me fazia olhar com um novo olhar e crer que tudo daria certo. Ao prof. Elivelton, com a sua coorientação que foi primordial para o desenvolvimento deste projeto, que por muitas vezes me fez enxergar que poderia sim alcançar níveis alto neste objetivo de pesquisa. Obrigado por acreditarem em mim e não permitirem que eu desistisse no meio do caminho. Gratidão eterna. Tenho certeza que não chegaria neste ponto sem o apoio de vocês.

Aos membros da banca examinadora, Prof^a Rosuita e Prof. Elivelton, que tão gentilmente aceitaram participar e colaborar com esta dissertação.

Aos professores do programa de pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, pelos ensinamentos que transcendem os limites da Universidade, por todo conhecimento transmitido durante o curso de Mestrado, e pela convivência agradável no dia-a-dia.

Aos colegas de mestrado, que juntos vivenciamos todos os desafios, sofremos juntos, nos alegamos, perseveramos e todos estamos concluindo um novo ciclo. Gostaria em especial agradecer a Elaine Amaral, que se tornou uma amiga fora das salas de aula, que me deu muito suporte e força nesta jornada. Muito obrigada.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, o meu muito obrigada!

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa da cidade de Uberlândia, MG, indicando a localização do CEJAR	20
Figura 2	Mapa do Estado de Minas Gerais indicando a localização do CEJAR	21
Figura 3	Distribuição dos indivíduos cadastrados segundo sexo, por microárea, CEJAR, Uberlândia-MG, 2019.....	45
Figura 4	Distribuição dos indivíduos cadastrados segundo raça/cor da pele, por microárea, CEJAR, Uberlândia-MG, 2018.....	46
Figura 5	Distribuição das crianças cadastrados (indivíduos de 0 a 10 anos), por microárea, CEJAR, Uberlândia-MG, 2018.....	47
Figura 6	Distribuição dos idosos cadastrados (indivíduos com 60 anos ou mais), por microárea, CEJAR, Uberlândia-MG, 2019.....	48
Figura 7	Distribuição dos indivíduos acima do peso cadastrados, por microárea, CEJAR, Uberlândia-MG, 2019.....	49
Figura 8	Distribuição dos indivíduos cadastrados com hipertensão, por microárea, CEJAR, Uberlândia-MG, 2018.....	50
Figura 9	Distribuição dos indivíduos cadastrados com diabetes, por microárea, CEJAR, Uberlândia-MG, 2019.....	51
Figura 10	Distribuição dos indivíduos cadastrados com doenças respiratórias, CEJAR, Uberlândia-MG, 2019.....	53
Figura 11	Distribuição dos indivíduos cadastrados com câncer, por microárea, CEJAR, Uberlândia-MG, 2019.....	54
Figura 12	Distribuição das mulheres gestantes cadastrados, por microárea, CEJAR, Uberlândia-MG, 2019.....	55

Figura 13	Distribuição dos indivíduos tabagistas cadastrados, por microárea, CEJAR, Uberlândia-MG, 2019.....	56
-----------	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das famílias cadastradas segundo tipo de domicílio, CEJAR - Uberlândia – MG, 2018.....	35
Tabela 2	Distribuição das famílias cadastradas segundo a situação de moradia/posse dos imóveis, CEJAR - Uberlândia – MG, 2018.....	35
Tabela 3	Distribuição das famílias cadastradas segundo material predominante das paredes externas das casas, CEJAR - Uberlândia – MG, 2018.....	35
Tabela 4	Distribuição das famílias cadastradas segundo número de cômodos das casas, CEJAR - Uberlândia – MG, 2018.....	36
Tabela 5	Distribuição das famílias cadastradas segundo número de moradores das casas, CEJAR – Uberlândia – MG, 2018.....	36
Tabela 6	Distribuição das famílias cadastradas segundo escoamento do banheiro sanitário, CEJAR - Uberlândia – MG, 2018.....	37
Tabela 7	Distribuição das famílias cadastradas segundo destino de lixo, CEJAR - Uberlândia – MG, 2018.....	37
Tabela 8	Distribuição das famílias cadastradas segundo renda familiar, em salários-mínimos, CEJAR - Uberlândia – MG, 2018.....	38
Tabela 9	Distribuição dos indivíduos cadastrados segundo raça/cor auto referida, CEJAR - Uberlândia – MG, 2019.....	38
Tabela 10	Distribuição dos indivíduos cadastrados segundo nível máximo de escolaridade auto referida, CEJAR - Uberlândia – MG, 2019.....	39
Tabela 11	Distribuição dos indivíduos cadastrados segundo situação no mercado de trabalho, CEJAR - Uberlândia – MG, 2019.....	40
Tabela 12	Distribuição dos indivíduos cadastrados segundo caracterização dos mesmos, por microárea, CEJAR - Uberlândia – MG, 2019.....	40

Tabela 13	Distribuição dos indivíduos cadastrados segundo caracterização dos mesmos, por microárea, CEJAR - Uberlândia, 2019	41
Tabela 14	Distribuição das residências cadastradas segundo caracterização das moradias, por microárea, CEJAR - Uberlândia – MG, 2018.....	42
Tabela 15	Distribuição dos indivíduos cadastrados segundo condição de saúde dos mesmos, por microárea, CEJAR - Uberlândia – MG, 2019.....	43

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Localização da área de estudo.....	19
2 METODOLOGIA.....	22
2.1 Avaliação do Centro de Saúde Escola Jaraguá	22
2.2 Análise das condições de Saúde da População	22
2.3 Geoprocessamento e mapeamentos	23
2.4 Grupos Focais	24
2.5 Considerações Éticas	28
3 O CENTRO DE SAÚDE ESCOLA JARAGUÁ (CEJAR).....	29
3.1 Estrutura física do CEJAR.....	29
3.2 Equipe multiprofissional do CEJAR.....	30
3.3 Programa de Residência Médica e Multiprofissional atuantes CEJAR	31
4 APRECIÇÃO SITUACIONAL DA SAÚDE	34
4.1 Análise do cadastro familiar e territorial na área de abrangência do CEJAR	34
4.2 Análise dos cadastros dos indivíduos da área de abrangência do CEJAR	38
4.3 Análises espaciais	41
5 ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE EM GRUPOS FOCAIS	59
5.1 Profissionais do CSE Jaraguá	59
5.2 Moradores do bairro Jaraguá.....	63
5.3 Atores sociais do bairro Jaraguá	65
CONCLUSÕES.....	69
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICE 1	75
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	75
ANEXO 1	76
Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	76

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de mestrado visa apresentar os resultados da pesquisa intitulada ‘Análise da situação de saúde de uma população atendida em um Centro de Saúde Escola de Uberlândia – Minas Gerais’, desenvolvidas por mim, Jôse Anne de França Gabriel, aluna do Programa de Pós-Graduação Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, nível Mestrado Profissional.

Esta dissertação de mestrado é resultado de pouco mais de dois anos e meio de curso, que incluíram o cumprimento de disciplinas obrigatórias e optativas, atividades extracurriculares, planejamento do estudo, coleta de dados, organização e análise dos mesmos, bem como a redação da presente dissertação. Cabe ressaltar que, em paralelo às atividades descritas, atuei como Técnica de Enfermagem, minha profissão atual, desempenhando minha atividade profissional no Centro de Saúde Escola Jaraguá (CEJAR), campo da minha pesquisa. Ser profissional no CEJAR me coloca em posição privilegiada para observar os pontos fortes e as fragilidades do processo de trabalho, além de me incentivar a buscar alternativas para tornar o serviço do CEJAR mais adequado à população adscrita.

Esta dissertação é dividida em Introdução, Metodologia e Resultados, tendo a pesquisa sido desenvolvida através da metodologia mista, sendo uma parte quantitativa e outra qualitativa. O componente quantitativo da pesquisa incluiu uma pesquisa *in loco* sobre o Centro de Saúde Escola Jaraguá, no que diz respeito à sua estrutura, equipes de trabalho e organização dos serviços de saúde. Ainda, incluiu os dados dos cadastros de parte da população do bairro Jaraguá acerca das suas condições socioeconômicas e suas condições de saúde, apresentados através de tabelas e mapas por geolocalização. O componente qualitativo incluiu grupos focais conduzidos com os profissionais do CEJAR, moradores do bairro e atores sociais do bairro, acerca de suas percepções sobre a condição de saúde da população do bairro Jaraguá, prevenção e promoção em saúde.

1 INTRODUÇÃO

A oferta de serviços de saúde no Brasil, nos moldes atuais, é relativamente recente. No período compreendido entre 1930 até o início da década de 1980, o sistema de saúde brasileiro era formado por um Ministério da Saúde subfinanciado e pelo sistema de assistência médica da previdência social. Assim, pessoas empregadas e com vínculo previdenciário recebiam assistência médica, enquanto aqueles com empregos esporádicos e desempregados dependiam do serviço privado ou, quando não podiam arcar com os custos, dependiam de serviços de filantropia. Nesse período, houve grande expansão dos planos de saúde privados e a assistência era, sobretudo, médico-centrada, curativista, com ações de promoção e prevenção em saúde restritas às campanhas de vacinação e controle de endemias (PAIM et al., 2011).

Ainda em meados da década de 1970, esse modelo assistencial excludente, associado a uma recessão econômica no país, incentivou a demanda pela reforma do setor de saúde no Brasil. O movimento pela reforma sanitária ocorreu simultaneamente ao processo de redemocratização do país, tendo sido liderada por profissionais de saúde, estudantes, professores universitários e setores populares. A partir daí, criou-se o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (1976) mas, somente após a conquista da democracia, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), foi reafirmado e reconhecido que ‘a saúde é um direito de todos e um dever do Estado’. Nesse evento, o tema em debate foi a organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado, com atribuições específicas para a União, estados e municípios, garantindo a participação social na formulação das políticas de saúde, no acompanhamento e na avaliação dos serviços prestados (PAIM, 2008).

As bases para a criação do Sistema Único de Saúde brasileiro foram estabelecidas através da publicação da Constituição Federal de 1988, onde se estabelece de maneira clara a universalidade da cobertura do sistema através do Art. 196, que define “saúde como um direito de todos e dever do Estado”, além de estabelecer seu financiamento (Art. 198). Além disso, a Lei Orgânica nº 8.080, de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, sendo instituído o SUS com comando único em cada esfera do governo e o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União (PAIM et al., 2011).

A expansão do SUS ao longo dos 30 anos da sua existência permitiu o atendimento de grande parte das necessidades em saúde da população brasileira, com um aumento expressivo

da cobertura dos serviços de saúde. Essa trajetória de expansão do SUS mostra os desafios de se ofertar uma cobertura universal de saúde em um país altamente desigual e com recursos relativamente baixos destinados ao sistema de saúde, quando comparado a países de renda média e alta. Nessa trajetória, fica clara a importância de se estabelecer estruturas políticas, jurídicas, organizacionais e de gestão, com papéis claramente definidos para o governo federal e os governos locais na gestão, planejamento, financiamento e provisão dos serviços de saúde (CASTRO et al., 2019).

No que diz respeito a prestação dos serviços em saúde, sempre se volta ao questionamento acerca da possibilidade ou não ao seu acesso. Nesse contexto, o acesso aos serviços de saúde pode ser entendido como a porta de entrada aos serviços de saúde, um local de acolhimento do usuário no momento de expressão das suas necessidades e, também, dos caminhos percorridos pelo indivíduo no sistema, na busca da resolução dessas necessidades. Ele está então relacionado às dificuldades e às facilidades em obter tratamento desejado, estando, portanto, intrinsecamente ligado às características da oferta e da disponibilidade de recursos para promoção do atendimento salutar (JESUS e ASSIS, 2010).

O acesso aos serviços de saúde é categoria central para a análise das inter-relações usuários/serviços de saúde, podendo ser analisada e discutida em diferentes perspectivas, tais como econômica, técnico-assistencial, política e, até mesmo simbólica (JESUS; ASSIS, 2010). O acesso aos serviços de saúde no SUS se dá, prioritariamente, através da atenção primária à saúde (APS) e acontece nos Centros de Saúde (também chamados de Unidades Básicas de Saúde). Demonstra-se que em muitas unidades de saúde a forma de gerenciar o local pode facilitar ou dificultar o acesso à população, tendo em vista que a gerência de uma unidade pode ser peça fundamental na transformação do processo de trabalho, e quando não conseguem trabalhar as potencialidades da unidade, adoção de planejamento estratégico a resolutividade da unidade fica aquém do esperado (PEREIRA; FRACOLLI, 2005).

Em se tratando da definição da APS, a mais bem difundida não só no Brasil, mas mundialmente, é a defendida por Bárbara Starfield. a Autora define a APS como sendo o primeiro nível de assistência dentro de um sistema de saúde, sendo responsável, ainda, por coordenar o cuidado quando existe a necessidade de assistência em outros níveis de atenção, com maior tecnologia disponível. Desta forma, a autora destaca quatro atributos essenciais a um serviço de APS: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade da atenção, a integralidade da atenção e a coordenação da atenção dentro do sistema (HARZHEIM et al., 2006; STARFIELD, 2002).

O modelo de organização da APS no Brasil é pautado na Estratégia Saúde da Família, com ações voltadas à família, tendo como foco a assistência em saúde e a busca ativa de casos para intervenções precoces, bem como, facilitar o acesso dos usuários às UBS, aumentar a cobertura assistencial, proporcionar um acompanhamento longitudinal e integral das famílias, desenvolvendo as atividades assistenciais com equipes multiprofissionais (COSTA, 2016). A ESF define que uma equipe mínima, composta por um médico generalista ou médico de família e comunidade, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde fiquem responsáveis pela cobertura de uma população determinada (PAIM et al, 2011).

Tesser et al. (2018) salientam que sistemas de saúde baseados na APS apresentam melhores indicadores de saúde, especialmente infantis, reduz os anos potenciais de vida perdida, maior acesso e qualidade assistencial, melhor desempenho na prevenção de doenças e promoção de saúde, com menos gastos e menos internações por vários problemas, melhoria dos níveis de saúde das populações e redução das iniquidades de saúde.

Na conformação atual do acesso à APS, a diretriz nacional de acolhimento merece destaque. Idealizado a partir do cenário de comum degradação da relação entre serviços e usuários, associado à precariedade do acesso, o acolhimento visa resgatar a relação positiva entre profissional e usuário e a agilidade do acesso na APS. Ele orienta a prática de escuta empática de todos os usuários nos serviços de APS, com negociação entre profissionais, visando aumentar a equidade, a resolubilidade do primeiro contato e a agilidade no atendimento (BRASIL, 2006b; TESSER et al., 2018).

Considerando que o Brasil apresenta diferentes regiões com grandes diferenças socioeconômicas, é imperativo se pensar que diferentes demandas em saúde sejam observadas em diferentes populações. De fato, tais diferenças observadas são de grande importância quando os serviços de saúde são planejados a nível local, visando garantir o acesso da população às suas demandas. A descentralização/municipalização do SUS conferiu autonomia aos municípios na gestão dos serviços de APS, gerando grande heterogeneidade desses serviços e, idealmente representando uma assistência mais adequada à população assistida (TESSER et al., 2018).

Ainda em um mesmo município, diferentes UBS atendem a diferentes bairros em Distritos Sanitários (DS) que, entre si, também apresentam grandes disparidades. A divisão municipal em DS considera as características geográficas, populacionais, sociais, econômicas, culturais e epidemiológicas, de maneira que em um dado distrito, a população adscrita apresenta

características similares. Dentro de um DS, a divisão em microáreas estabelece a região e, conseqüentemente, a população assistida por cada uma das equipes da ESF (TESSER et al., 2018).

Segundo Jesus e Assis (2010), os inquéritos de saúde são ações essenciais dos serviços de saúde, uma vez que servem para detectar necessidades invisíveis, geralmente não explicitadas pelos usuários no momento que buscam os serviços de saúde para um atendimento convencional, seja uma consulta por demanda ou por prevenção. Tais demandas invisíveis identificadas podem subsidiar o planejamento e a adequação dos serviços de saúde ofertados a nível local. Assim, o conhecimento do território é o ponto de partida para a organização do serviço e a realização da abordagem territorial permite um entendimento integral do espaço social, possibilitando a análise da situação de saúde, do planejamento e implantação das ações, que de fato permitam atender às necessidades locais (MÜLLER et al., 2010, PESSOA et al., 2013).

Entende-se por diagnóstico situacional o resultado do processo de coleta, tratamento e análise dos dados obtidos na unidade de saúde onde se planeja realizá-lo, cujos dados são advindos da participação efetiva dos profissionais que atuam na unidade. O diagnóstico pode ser considerado como uma das mais importantes ferramentas de gestão, pois se trata de uma pesquisa das condições de saúde e risco de uma determinada população, para posteriormente planejar e programar ações (SANTOS, 2010).

Enfatiza-se que o diagnóstico situacional propicia benefícios para além da organização local, como também, na transparência para com a equipe de serviço e à população, obtenção da qualidade das ações de saúde, oferta de subsídios para realização de ações de Educação Permanente, que possibilitam a melhoria das ações e fortalecimento da atuação dos enfermeiros como gestores dos programas de saúde pública existentes na unidade pesquisada (QUEIROZ e VALENTE, 2019).

Dentro deste contexto, a Análise de Situação de Saúde (ASIS), é um processo analítico-sintético que permite caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os danos ou problemas de saúde, assim como seus determinantes, a partir da identificação dos problemas e necessidades de saúde da população. Dessa forma, a ASIS tem como finalidade a produção de informações e conteúdos relevantes para orientação das práticas e ações de saúde que devem ser estabelecidas no Plano Local de Saúde (BRASIL, 2015).

Um método auxiliar para tal avaliação, planejamento e monitoramento em saúde é o

processamento geográfico, ou geoprocessamento. Ele pode ser utilizado na análise dinâmica de difusão espacial das doenças e suas relações com o meio ambiente em alta resolução geográfica, na avaliação da situação de saúde de populações e na identificação de regiões e grupos sob alto risco de adoecer (MÜLLER et al., 2010).

Na cidade de Uberlândia, MG, a APS é ofertada pelas Unidades Básica de Saúde (UBS), Unidades Básica de Saúde da Família (UBSF) e nas Unidades de Atenção Integrada (UAI). O Centro de Saúde Escola Jaraguá (CEJAR) é uma unidade diferenciada de assistência em atenção primária, pois não está ligada ou subordinada diretamente à Prefeitura Municipal de Uberlândia, e sim à Universidade Federal de Uberlândia (UFU) que desenvolve neste espaço, também, ação de ensino, pesquisa e extensão.

Assim, um dos grandes problemas vivenciados pela unidade é o fato de não estar inserida na rede de forma direta como uma UBSF. Ela busca promover a mesma linha de cuidado, mas possui limitações por não pertencer como uma unidade integrante e de total responsabilidade do município.

A partir desse contexto, a pesquisa buscou responder às seguintes questões: Quem são as pessoas atendidas nessa unidade? Quais são seus problemas e necessidades de saúde? Como essas pessoas percebem sua condição de saúde e quais são suas percepções sobre promoção e prevenção em saúde? Quais são as ações realizadas pela unidade de saúde? Essas ações atendem as demandas da população?

O objetivo desta pesquisa foi analisar a situação de saúde da população adscrita ao Centro de Saúde Escola Jaraguá (CEJAR), em Uberlândia - MG, para instrumentalizar os profissionais de saúde para que possam elaborar um Plano Local de Saúde que apresente ações de assistência, prevenção e promoção da saúde que possam atender às necessidades e problemas de saúde da população. Para a consecussão deste objetivo estabeleceu-se como objetivos específicos os seguintes:

- Avaliar a estrutura e a organização dos serviços de saúde no CEJAR;
- Analisar as condições de saúde da população adscrita do CEJAR, a partir dos dados do e-SUS referentes ao cadastro individual e do cadastro familiar territorial;
- Analisar, com o apoio do sistema de informação geográfica, os dados referentes às condições de saúde da população adscrita do CEJAR, por microáreas;
- Realizar apreciação situacional de saúde da população no território do CEJAR, por

meio da realização de grupos focais com profissionais de saúde, moradores do bairro Jaraguá e com representantes dos agentes sociais do bairro.

1.1 Localização da área de estudo

A presente pesquisa foi desenvolvida na área de abrangência do Centro de Saúde Escola Jaraguá (CEJAR), da Universidade Federal de Uberlândia, sendo uma Unidade Básica de Saúde tradicional, que atualmente busca se transformar em uma Unidade Básica de Saúde da Família, sendo também o campo de atividades práticas para os alunos dos cursos da área da saúde da Universidade Federal de Uberlândia. Está localizada no Distrito Sanitário Oeste de Uberlândia, Minas Gerais, sendo responsável pela assistência à população residente nos bairros Jaraguá e Tubalina, com população estimada em 14.909 mil habitantes (PAIVA DIAS e PAIVA DIAS, 2017; UFU, 2019).

O município de Uberlândia está situado na região do Triângulo Mineiro, em Minas Gerais, a cerca de 537 km de distância da capital do Estado. Em 2020, sua população era estimada em 699.097 habitantes (IBGE, 2020). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Uberlândia, no Censo Demográfico de 2010 era de 0,789, o que situa esse o município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município foi a 'Longevidade' (0,885), seguida de 'Renda' (0,776), e 'Educação' (0,716). Entretanto, assim como o Brasil, a cidade de Uberlândia apresenta grande desigualdade na distribuição de renda, com coeficiente GINI estimado em 0,5. Fica claro que, assim como no país, o município apresenta disparidades sociais importantes (IBGE, 2020).

Figura 1: Mapa da cidade de Uberlândia, MG, indicando a localização do CEJAR



Fonte: Google Maps, 2020

Figura 2: Mapa do Estado de Minas Gerais indicando a localização do CEJAR



Fonte: Google Maps, 2020

2 METODOLOGIA

Nossa escolha por estudar o Jaraguá como objeto de investigação se deveu ao propósito de entender como estão distribuídos os problemas de saúde em áreas menores, que chamamos de microescala, ou estudo com base comunitária (KRUGER; BRADY; SHIREY, 2008). Claramente este tipo de estudo pode promover ações mais sofisticadas com o apoio dos mapas de localização, definindo áreas com maior risco ou prioridade de intervenções.

A pesquisa foi desenvolvida com abordagem quantitativa e qualitativa, em quatro etapas, com procedimentos e atividades que permitissem atingir os objetivos propostos.

2.1 Funcionamento do Centro de Saúde Escola Jaraguá

Foi realizado um estudo descritivo, transversal, para a avaliação do CEJAR, que incluiu a coleta de informações relativas à estrutura física da unidade, a equipe multiprofissional e a descrição das equipes e das atividades dos programas de Residência Multiprofissional e Residência Médica atuantes no local. Para isso, foram consultados os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), documentos internos do CEJAR, documentos do HC-UFU e dos programas de residência médica e multiprofissional que têm o CEJAR como campo de atuação, além de documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia.

2.2 Análise das condições de Saúde da População

Esta etapa constituiu de estudo transversal, quantitativo descritivo, com dados relativos aos cadastros individuais e familiares de indivíduos do bairro Jaraguá. Os dados para avaliação das condições de saúde da população adscrita ao CEJAR foram obtidos do banco de dados do cadastro da população. O cadastramento da população é uma das primeiras atividades das unidades de saúde, por meio de formulário próprio, com informações que são inseridas posteriormente no e-SUS (Sistema de Informação à Saúde da Atenção Básica). Os dados utilizados na presente pesquisa foram coletados em 2018 e 2019, por alunos de graduação em Medicina da UFU que realizaram estágio no CEJAR.

Os dados foram consolidados e analisados em planilhas Excel para identificar o perfil epidemiológico e socioeconômico da população adscrita, elaborando tabelas, gráficos, mapas

e estatísticas descritivas que foram consolidadas para cada uma das microáreas do bairro Jaraguá, sendo elas: Turquesa, Rubi, Ametista e Esmeralda. Foram apresentados os dados a respeito de atributos e dimensões do estado de saúde e da condição sociodemográfica da população em forma de frequências simples e através de mapas de geoprocessamento, por microáreas do bairro Jaraguá.

2.3 Geoprocessamento e mapeamentos

Para realizar os mapeamentos no bairro Jaraguá foi necessária a elaboração de um projeto cartográfico, no qual se definiu a base de dados, que por sinal a mesma base utilizada para análise descritiva dos problemas de saúde da população, mapas base a serem utilizados e análises.

Para a elaboração dos mapas de geoprocessamento, o primeiro passo foi o desenho de feições das microáreas no Google Earth Pro. Este procedimento foi elaborado utilizando os limites das microáreas oferecidos em PDF não georreferenciado pela Unidade de Saúde. Para o arquivo em kml, o formato do Google Earth, foi criado um código para cada microárea, que serviu de ligação da camada de mapas com a tabela de atributos.

O sistema de informação geográfica (SIG) é um sistema que estabelece a relação entre fenômenos e a localização. Com o apoio do SIG é possível fazer mapeamentos sobrepostos na forma de camadas de informação georreferenciada – sobre o relevo, clima, vegetação, dentre outros (CÂMARA et al., 2001).

Existem dois tipos de informação essenciais ao SIG: a Informação gráfica, que são os mapas (desenho) e as tabelas de atributos, que se constitui o conjunto de dados do projeto de pesquisa. O georreferenciamento destes planos de informação permite a integração para a visualização ampla do local de estudo. As tabelas de atributos são as formas de entrada de dados em SIG (CÂMARA et al., 2001).

As funções primordiais dos SIG são coleta, armazenamento, análise e divulgação dos dados, na forma de mapas e relatórios (SMITH MJ; GOODCHILD MF E LONGLEY PA., 2007). As funções de entrada e saída de dados são sua forma de comunicação com o mundo externo, na qual apoia a produção de informações/seleções úteis (CÂMARA et al., 2001; JR, 2005).

O banco de dados coletado pela Unidade de Saúde Jaraguá também foi configurado para

tabelas de frequências cruzadas, nas quais os eventos (linhas) são as microáreas e as variáveis (colunas) são as variáveis, como por exemplo: população com diabetes, população masculina e feminina.

Foram construídos 8 mapas com variáveis de interesse para o projeto, indicando os percentuais das condições na época do cadastramento: sexo (feminino e masculino), população diabética, população com câncer, gestantes, fumantes, idosos (indivíduos acima de 60 anos), Hipertensão, população acima do peso, cor de pele, população com doenças respiratórias. O método de classificação dos dados foi o Natural Breaks Jenks, com normalização a partir do percentual em relação à classe. Por exemplo, se a unidade atende a 100 idosos, foi calculado o percentual em relação ao total de idosos, não ao total de pessoas atendidas pelo Jaraguá.

A classificação por Natural Breaks Jenks cria classes que se baseiam em agrupamentos naturais inerentes aos dados, maximizando as diferenças entre valores de classes. É baseada no algoritmo Jenks Natural Breaks (ENVIRONMENTAL SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE, 2013). Como mapa base, a título de conferência e ilustração, foram utilizadas as imagens licenciadas para o software ArcGIS 10.2 (ENVIRONMENTAL SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE, 2013).

2.4 Grupos Focais

Esta etapa compreendeu o componente qualitativo desta pesquisa, realizada através de grupos focais com representantes chave do Bairro Jaraguá. O método qualitativo possui fundamentação teórica e se aplica ao estudo das relações, das representações, das crenças, opiniões e percepções de indivíduos e grupos sociais. Além de permitir evidenciar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. O método caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO, 2014, p. 57).

O grupo focal é uma das diversas modalidades de entrevista grupal dentro do método qualitativo, sendo amplamente utilizado em pesquisas da área da saúde. O propósito do método consiste na interação entre os participantes e o pesquisador para a coleta de dados, com a possibilidade de ouvir vários sujeitos ao mesmo tempo, além de observar as interações características do processo grupal. A discussão se dá a partir de tópicos específicos e diretivos, conduzidos por um moderador. Assim, nesta entrevista grupal, os participantes debatem

abertamente sobre um determinado tema, sob a coordenação de um moderador, que deve estimular e conduzir o debate, levantando questões norteadoras e direcionando as falas dos participantes (REIS e ZANINELLI, 2018; SILVA e ASSIS, 2010).

A realização dos grupos focais foi utilizada neste estudo para a coleta de opiniões e de percepções dos participantes (BOCATO; FERREIRA, 2014, BORGES; SANTOS, 2005). A partir da coleta de tais percepções, juntamente com os dados levantados nas etapas anteriores desta pesquisa, buscou-se realizar a análise de situação de saúde da população residente no território do CEJAR e identificar, sob a perspectiva desses participantes, possíveis ações que pudessem melhorar a saúde da população e a assistência em saúde ofertada.

Com o objetivo de realizar a apreciação situacional de saúde da população do território do CEJAR, foram conduzidos grupos focais com três grupos de representantes-chave do bairro Jaraguá, sendo o primeiro formado por profissionais de saúde do CEJAR, o segundo composto por moradores do bairro Jaraguá e o terceiro por atores sociais do bairro.

Para a condução dos grupos focais, os participantes em potencial foram abordados e convidados pela pesquisadora principal. Para o grupo formado pelos profissionais do CEJAR, foram convidados médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem que atuam há pelo menos um ano na unidade. Para o grupo de moradores do bairro, foram convidados aqueles que residiam na área de abrangência do CEJAR e que utilizam os serviços de saúde da unidade com frequência. Para o grupo com atores sociais do bairro, foram convidados líderes religiosos (Pastores), comerciantes e líderes de grupos da comunidade. Para cada um dos grupos foram convidados aproximadamente dez participantes, sendo admitidos um mínimo de 5 e um máximo de doze para cada grupo. Todos os convidados receberam antecipadamente uma explicação sobre os objetivos da pesquisa e do grupo focal, bem como as orientações éticas a respeito de sua participação.

Cada um dos grupos focais foi conduzido em dia e horário combinado entre a pesquisadora e os participantes, tendo sido realizados em ambiente virtual (plataforma *Google Meet*) devido ao contexto de pandemia da Covid-19 ainda presente em março de 2021. Os indivíduos que concordaram em participar da pesquisa receberam mensagens via *Whatsapp* lembrando sobre o compromisso com a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a ser assinado e enviado para arquivamento.

O primeiro grupo focal, realizado no dia 11/03/2021, contou com a participação dos profissionais de saúde do CEJAR: um médico, o gerente da Unidade, duas enfermeiras, três

técnicas de enfermagem e uma assistente administrativa, totalizando 8 participantes. O segundo grupo focal, realizado no dia 16/03/2021, contando com a participação de 8 moradores do bairro Jaraguá, sendo seis mulheres e dois homens. O terceiro grupo focal foi realizado no dia 18/03/2021, contando com a participação de um Pastor, uma Pastora e três comerciantes do bairro, totalizando 5 participantes.

Cada grupo focal foi iniciado após a entrada de todos os participantes na sala de reuniões. Inicialmente foi feita uma explicação a respeito dos objetivos da pesquisa bem como sobre a importância da participação de todos. Foi feita a leitura do TCLE seguida de espaço para esclarecimento de dúvidas.

Os participantes foram orientados sobre a dinâmica de realização do grupo focal, em que perguntas orientadoras seriam realizadas pelo moderador e que os participantes deveriam falar a respeito do tema, sem se preocuparem em estarem certos ou errados, somente expondo sua opinião pessoal. As perguntas norteadoras foram conduzidas em três blocos, como mostra o Quadro 1, e incluíram as percepções dos indivíduos sobre os principais problemas de saúde presentes na área de abrangência do CEJAR, como estes problemas podem ser enfrentados e prevenidos pelo sistema de saúde e pelos próprios indivíduos, além da percepção dos mesmos sobre o que seria promoção e prevenção em saúde e as alternativas para promover tais ações na área de abrangência do CEJAR.

Quadro 1: Roteiro de questões para os grupos focais

Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3
Cite os três principais problemas de saúde da população do bairro Jaraguá.	Como prevenir os problemas de saúde da população do bairro Jaraguá?	O que é promoção da saúde?
Consensuar os três problemas mais citados		
Como a Unidade de Saúde deve se organizar para resolver esses problemas?	Como a Unidade de Saúde tem atuado na prevenção?	Quais ações a Unidade de Saúde tem realizado?
Consensuar as formas de atuação		
Qual é a responsabilidade da população por esses problemas?	Qual deve ser o papel da população na prevenção?	Como mobilizar a população para promover a saúde?
Consensuar o papel da população		

Durante a condução dos grupos focais, todos foram encorajados a dar sua opinião acerca

de todas as questões norteadoras, além de debaterem entre si quando da concordância ou discordância das respostas dadas. Cada grupo focal durou aproximadamente uma hora, como combinado previamente com os participantes. Todos os grupos focais foram gravados e as falas dos participantes transcritas por uma pessoa que esteve presente nas entrevistas como anotadora. A apresentação das falas transcritas respeitou a grafia e a sintaxe utilizadas pelos entrevistados.

Após a realização dos grupos focais, procedeu-se a transcrição das falas gravadas dos participantes, sobre a qual foi realizada a análise de conteúdo, em duas etapas. A primeira foi a definição das categorias de análise, a partir do referencial teórico que norteou a pesquisa, a saber: assistência, prevenção e promoção da saúde. A segunda foi a interpretação das ideias dos participantes dos grupos focais, a partir de recortes de frases do texto resultante da transcrição das suas falas, buscando-se identificar o sentido e a compreensão das falas, a partir das categorias de análise e do referencial teórico, previamente estabelecidos (BARDIN, 1977, SILVA: FOSSÁ, 2015).

A análise das ideias foi desenvolvida em três fases: (1) pré-análise, (2) exploração do material e (3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise se baseia na escolha do material a ser analisado, conforme o objetivo proposto, sendo nesse caso determinado ainda na metodologia do trabalho. Ainda, a primeira fase inclui a leitura flutuante do material, que objetiva conhecer o texto e definir as categorias que orientarão a análise (BARDIN, 1977, MINAYO, 2014).

A segunda fase, de exploração do material, é conduzida a partir de leituras aprofundadas do material. Uma vez definidas as categorias, a busca mecânica através do texto se baseia na definição dos temas incluídos em cada uma dessas categorias.

Bardin (1977) define o tema como uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos ao referencial teórico empregado. Pode ser uma frase ou trechos maiores do texto analisado, se destacando pela repetição ou até mesmo pela singularidade, ou seja, o tema pode se destacar pela repetição nas falas dos entrevistados ou até mesmo por ser citado por somente um deles, mas que tenha um significado dentro do tema proposto.

Por fim, a terceira fase de análise, relacionada ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação, se baseia nas inferências mais profundas do material recortado. Se apoiando sobretudo na literatura utilizada de orientação, busca-se as inferências

sobre as falas dos entrevistados, buscando os significados e as generalizações possíveis. As falas são confrontadas entre si e conclusões podem ser obtidas pelo pesquisador (BARDIN, 1977).

A pesquisa que se utiliza do método misto combina os métodos de pesquisa qualitativo e quantitativo, sendo ambos complementares. A partir da pesquisa quantitativa, tem-se o objetivo de se traçar um panorama de uma população, sendo neste caso a condição de saúde dos usuários do CEJAR residentes no Bairro Jaraguá. A partir desta análise quantitativa dos dados, o método qualitativo busca entender em profundidade, a partir da percepção destes indivíduos e dos profissionais que os atendem, sua condição de saúde e seu entendimento sobre o processo saúde-doença, prevenção e promoção em saúde.

2.5 Considerações Éticas

O presente estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia e aprovado em 10 de junho de 2020 sob número de parecer 4.082.619 (CAAE: 30765120.7.0000.5152).

3 O CENTRO DE SAÚDE ESCOLA JARAGUÁ (CEJAR)

O Centro de Saúde Escola Jaraguá (CSE Jaraguá) é um centro de saúde escola, construído e instalado mediante convênio entre a Universidade Federal de Uberlândia (UFU), a Fundação de Assistência Estudo e Pesquisa de Uberlândia e a Prefeitura de Uberlândia, no ano de 1982 (ZACHARIAS et al., 2020). Atualmente está ligado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED-UFU) e ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU) (SMS, 2019).

O HCU-UFU tem como missão “prestar à sociedade serviços de assistência à saúde com responsabilidade social pautada na excelência da formação de recursos humanos e na geração do conhecimento científico com desenvolvimento pleno da cidadania”. O CSE Jaraguá é visto como um equipamento de referência de atenção primária do HCU-UFU, sendo voltado para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde da população adscrita, integrando ações de assistência, prevenção, recuperação e promoção da saúde (SMS, 2019).

3.1 Estrutura física do CEJAR

O CEJAR é caracterizado como uma Unidade Básica de Saúde Tradicional, registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) em 31 de março de 2002, com número de registro 2146363. Está localizado na Avenida Aspirante Mega, 77, Bairro Jaraguá, Uberlândia-MG, sendo responsável pelo atendimento da população dos bairros Tubalina e Jaraguá, com horário de funcionamento de 07:00 às 19:00. Sua estrutura física compreende 802 metros quadrados de construção em um terreno de 2.093 metros quadrados (CNES, 2020).

Segundo dados de 2010, a população adscrita à área de abrangência do CEJAR é de 14.909 habitantes. O bairro Jaraguá abrange uma população de cerca de 8.090 habitantes e o bairro Tubalina abrange uma população de 6.819. O perfil socioeconômico da população adscrita é considerado como sendo de classe média a classe média-baixa, não estando presentes na área de abrangência áreas de ocupação e aglomerações (ZACHARIAS et al., 2020).

Atualmente, está sob a gerência do Dr. Paulo Sérgio de Freitas. Segundo dados da

certificação das equipes participantes do 3º ciclo do PMAQ-AB, as equipes de AB do CSEJ atingiu nota entre 7 e 8, o que é classificado como ‘muito bom’. Tal classificação garante a cada equipe participante da avaliação 8.262,02 (BRASIL, 2019; CNES, 2020; ZACHARIAS et al., 2020).

O CSE Jaraguá conta, em sua área externa, um anexo contendo dois consultórios, uma cozinha e dois banheiros para funcionários (masculino e feminino), além da guarita para segurança patrimonial. Em sua área interna, podem ser observados (CNES, 2020):

- 12 consultórios (sendo o consultório 07 usado também para coleta de materiais das 07:00 às 07:50);
- 2 banheiros para funcionários (masculino/feminino);
- 2 banheiros para pacientes (masculino/feminino);
- 1 farmácia;
- 1 sala de curativo;
- 1 posto de enfermagem;
- 1 sala de vacina;
- 1 expurgo;
- 1 resíduos hospitalares/ roupa suja;
- 1 DML;
- 1 secretaria/arquivo;
- 1 salão para reuniões;
- 1 sala coordenação administrativa (gerência);
- 1 sala da coordenação da enfermagem;
- 1 consultório da odontologia.

3.2 Equipe multiprofissional do CEJAR

A equipe multiprofissional de saúde do CEJAR é construída por funcionários próprios e por residentes e preceptores do programa de residência médica e multiprofissional da UFU, não sendo, assim, composta por equipes regulamentadas da Estratégia Saúde da Família, embora os processos de trabalho desempenhados por esses profissionais sejam baseados na ESF. Assim, a composição da equipe muda anualmente, conforme os alunos iniciam e finalizam os programas de residência. Além disso, as equipes não contam com os Agentes Comunitários de Saúde, atores importantes para o estabelecimento do vínculo da população com o centro de saúde (BORNSTEIN e STOTZ, 2008; CNES, 2020).

A equipe fixa da UBS é composta por duas enfermeiras que atuam na assistência e na preceptoria da residência (36 horas cada), seis técnicos de enfermagem (36/30 horas), um gerente (40 horas), três assistentes administrativos (36 e 40 horas), uma farmacêutica (40 horas), um médico ginecologista (20 horas), uma médica pediatra (40 horas), duas psicólogas (36 e 20 horas), uma nutricionista (40 horas) e dois cirurgiões-dentistas (36 horas), sendo um clínico geral e preceptor e um odontopediatra, além de duas auxiliares de saúde bucal (36 horas) (CNES, 2020).

A odontologia é uma unidade do hospital odontológico destinada a suporte na área acadêmica e atendimento dos pacientes da área de atuação do Centro de Saúde. A equipe de saúde bucal não está inserida no modelo da Estratégia Saúde da Família, trabalhando assim no modelo ambulatorial assistencialista; mas existe a proposta de incorporar ao CEJAR no programa de saúde da família. São duas dentistas e auxiliares de saúde bucal. A coordenação da saúde bucal no CEJAR é realizada via diretoria da escola de odontologia. Essa equipe fica responsável por receber alunos da graduação e da pós-graduação, da modalidade de residência multiprofissional (CNES, 2020).

Zacharias et al. (2020) salientam que o processo de trabalho dos profissionais de saúde que atuam no CEJAR do tipo convencional, médico-centrado, com pouco vínculo com a comunidade. Além disso, o processo de territorialização e conhecimento da população coberta é praticamente inexistente, contando com ações pontuais da equipe de enfermagem.

3.3 Programa de Residência Médica e Multiprofissional atuantes CEJAR

O Programa de Residência Multiprofissional em Área Profissional da Saúde, que se apresenta na forma pós-graduada de especialização *lato sensu*, modalidade treinamento em serviço, é desenvolvido em regime de tempo integral e exclusivo, abrangendo conteúdos práticos, teóricos e teóricos/práticos dirigidos para cada área de concentração à qual se destina. O CEJAR recebe os residentes das Áreas de Concentração ‘Atenção em Saúde Coletiva’, ‘Atenção Integral ao Paciente com Necessidades Especiais’ e ‘Atenção em Nutrição clínica’ (FAMED, 2020).

A equipe de residentes da Atenção em Saúde Coletiva é composta por dois enfermeiros, dois cirurgiões-dentistas, um fisioterapeuta e um psicólogo. Esses profissionais permanecem no CEJAR durante todo o período do curso, onde os R1 e R2 (alunos do primeiro e segundo ano de curso, respectivamente) cumprem 60 horas semanais de carga horaria, onde 39 horas

são de atividades práticas no centro de saúde, 9 horas de atividades teórico-práticas (estudo e discussão de casos) e 12 horas de aulas teóricas (FAMED, 2020).

A equipe de residentes da Atenção Integral ao Paciente com Necessidades Especiais é composta por dois enfermeiros, três dentistas, um fisioterapeuta e um nutricionista. Esses também cumprem 60 horas semanais de atividades, entretanto somente os residentes do primeiro ano de curso (R1) permanecem na unidade, onde 80% das atividades são executadas na atenção básica (baixa e média complexidade) e 20% das atividades na alta complexidade. A partir do segundo ano as atividades ficam mais voltadas para a atenção a alta complexidade (FAMED, 2020).

A equipe de residentes da Atenção em Nutrição Clínica é composta por 3 nutricionistas, um enfermeiro e dois psicólogos. Esses cumprem 60 horas semanais de atividades, sendo 39 horas de prática, 9 horas de atividades teórico-práticas e 12 horas de aulas teóricas. Os residentes da Atenção em Nutrição Clínica só desempenham suas atividades no CEJAR durante o primeiro ano do curso, como R1, cumprindo 80% das suas atividades na atenção básica (FAMED, 2020).

O CEJAR recebe ainda profissionais da residência médica da FAMED-UFU, na especialidade de Medicina de Família e Comunidade, onde atuam dois preceptores médicos (40 horas) e uma preceptora nutricionista (40 horas), três residentes R1 e três residentes R2. Em um relato de experiência sobre a atuação de uma equipe de Residência médica no ano de 2018, Zacharias et al. (2020) relatam as atividades de territorialização e reconhecimento da população, que permitiu maior conhecimento e melhor planejamento das atividades por eles desenvolvidas.

A partir das atividades desenvolvidas pela presente equipe de residentes, foram observados, ao se comparar dados de 2017 e 2018, uma redução dos atendimentos com os médicos especialistas, sendo essa redução de 18% com ginecologista, 7% com pediatra, 60% menos pré-natal com obstetra e 40% menos solicitações de exames laboratoriais. Por outro lado, os atendimentos realizados pela Clínica Médica aumentaram em 86% no período avaliado. Esses dados encontrados representam uma maior resolutividade da equipe de Atenção Primária, mostrando que a Medicina de Família e Comunidade pode garantir um cuidado longitudinal e integral do paciente (ZACHARIAS et al., 2020).

Segundo o Plano Operativo (Convênio nº 252/2017, ano 2019) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Uberlândia, uma vez que o CEJAR é uma unidade de atenção primária, deverá ser garantida a implantação ou implementação de todos os programas e/ou projetos

realizados pela SMS nas demais unidades de atenção primária do município. Assim, no CEJAR deverá ser feita a implantação das Equipes da Saúde da Família (ESF), gradualmente, sendo prioritária a inclusão de ACS e, posteriormente, as equipes de Saúde da Família. Ainda, a gerência do CEJAR deverá ser compartilhada pela UFU e SMS de Uberlândia, tendo como balizador a Estratégia Saúde da Família (SMS, 2019).

Cabe enfatizar que é de interesse do CEJAR que os dados levantados na presente pesquisa sejam apresentados aos seus gestores e servidores, uma vez que os mesmos não conhecem, de fato, o território em que trabalham. Mesmo que exista um conhecimento das pessoas que residem na área adscrita do CEJAR, devido ao contato rotineiro com os mesmos, esse não é suficiente para que se conheça a fundo o território e a condição de saúde da população. A divisão de áreas do território foi realizada de forma 'aleatória', para que se chegasse a um consenso de divisão populacional por equipes. Entretanto, tal divisão não levou em consideração o perfil da população, suas demandas em saúde e outros aspectos que seriam relevantes para o planejamento local de cada território.

4 APRECIÇÃO SITUACIONAL DA SAÚDE

Nessa sessão, serão apresentadas as análises dos dados de parte da população e residências incluídas na área de abrangência do CEJAR, mais especificamente, serão incluídas somente indivíduos e residências do Bairro Jaraguá. Trata-se de dados secundários, obtidos das fichas de ‘Cadastro domiciliar e territorial’ do e-SUS, bem como do ‘Questionário autorreferido de condições/situações de saúde’, sendo este último referente aos moradores das residências cadastradas.

Esse cadastro de residências e indivíduos da área de abrangência de centros de saúde possibilita o reconhecimento da população adscrita, o que subsidia o planejamento dos serviços de saúde e auxilia no acompanhamento dos indivíduos sob a responsabilidade das equipes.

O Bairro Jaraguá possui, em sua área de abrangência, cerca de duas mil residências cadastradas, com um total de aproximadamente oito mil habitantes, sendo essas residências divididas em quatro microáreas: Turquesa, Ametista, Rubi e Esmeralda.

Foram incluídos, no presente estudo, uma amostra de conveniência de 548 residências e, aproximadamente, 1.500 - 1700 indivíduos, que tiveram seus cadastros realizados em 2018 e 2019. Assim os indivíduos, bem como as residências incluídas na presente pesquisa, foram aqueles disponíveis para receber os alunos do primeiro período do curso de Medicina da UFU, que realizaram visitas domiciliares no período informado, para o cadastramento dos usuários do CEJAR utilizando as fichas do e-SUS. A depender da variável avaliada, os quantitativos podem variar, devido à presença de questões direcionadas a grupos populacionais específicos ou, ainda, por preenchimento incompleto de algumas fichas. Os resultados serão apresentados em valores absolutos (n) e frequências (%).

4.1 Análise do cadastro familiar e territorial na área de abrangência do CEJAR

O CEJAR possui, em sua área de abrangência, duas mil residências cadastradas. Deste total, foram incluídas na presente análise, uma amostra de conveniência de 548 residências, o que corresponde a aproximadamente 27% das residências cobertas pelo CS. Desse total de 548 residências incluídas na presente análise, 218 (39,8%) estão localizadas na microárea Turquesa, 145 (26,5%) estão localizadas na microárea Rubi, 119 (21,7%) estão localizadas na microárea Ametista e 65 (11,9%) estão localizadas

na microárea Esmeralda.

Das residências incluídas na presente pesquisa, 512 (93,4) eram casas (Tabela 1). Além disso, 332 (60,6%) eram imóveis próprios e 158 (28,8) eram alugados (Tabela 2). Cabe salientar que, para essas duas variáveis (tipo de domicílio e situação de moradia/posse de terra), houve uma perda de aproximadamente 4,5% dos dados.

Tabela 1 – Distribuição das famílias cadastradas segundo tipo de domicílio, CEJAR - Uberlândia – MG, 2018.

Tipo de domicílio	n	%
Casa	512	93,4
Apartamento	8	1,5
Cômodo	2	0,4
Outros	1	0,2
Não informado	25	4,6
Total	548	100

Fonte: Cadastro individual E-SUS, 2018/2019.

Tabela 2 – Distribuição das famílias cadastradas segundo a situação de moradia/posse dos imóveis, CEJAR - Uberlândia – MG, 2018.

Situação de moradia	n	%
Próprio	332	60,6
Financiado	2	0,4
Alugado	158	28,8
Arrendado	4	0,7
Cedido	21	3,8
Outro	8	1,5
Não informado	23	4,2
Total	548	100

Fonte: Cadastro individual E-SUS, 2018/2019.

Tabela 3: Distribuição das famílias cadastradas segundo material predominante das paredes externas das casas, CEJAR - Uberlândia – MG, 2018.

Paredes externas	n	%
Com revestimento	352	64,2
Sem revestimento	13	2,4
Madeira aparelhada	1	0,2
Não informado	182	33,2

Total	548	100
--------------	------------	------------

Fonte: Cadastro individual E-SUS, 2018/2019.

Do material predominante na construção das paredes externas do domicílio, 352 (64,2%) moradias apresentam revestimento externo, embora 33% dos dados dessa variável estejam perdidos no sistema (Tabela 3). Com relação ao número de cômodos das casas, aproximadamente 50% dos domicílios incluídos na presente análise apresentaram até 5 cômodos (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição das famílias cadastradas segundo número de cômodos das casas, CEJAR - Uberlândia – MG, 2018.

Número de cômodos	n	%
1	5	0,9
2	5	0,9
3	26	4,7
4	52	9,5
5	81	14,8
6	80	14,6
7	51	9,3
8 ou mais cômodos	57	10,4
Não informado	190	34,7
Total	548	100

Fonte: Cadastro individual E-SUS, 2018/2019.

Com relação ao número de moradores nas residências, 94% das mesmas possuíam, à época do cadastro, entre um e cinco moradores, sendo que 24% das residências tinham dois moradores e 20% três (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição das famílias cadastradas segundo número de moradores das casas, CEJAR - Uberlândia – MG, 2018.

Número de moradores	n	%
1	66	12,0
2	132	24,1
3	109	19,9
4	76	13,9
5	47	8,6
6	17	3,1
7	7	3,1

8	1	0,2
9	1	0,2
11	1	0,2
Não informado	91	16,6
Total	548	100

Fonte: Cadastro individual E-SUS, 2018/2019.

No que diz respeito ao acesso a saneamento básico nas residências cadastradas e incluídas na presente pesquisa, 79% das mesmas apresentaram rede coletora de esgoto como forma de escoamento sanitário (Tabela 6). Além disso, 78% dos imóveis incluídos na pesquisa apresentaram coleta de lixo (Tabela 7).

Tabela 6: Distribuição das famílias cadastradas segundo escoamento do banheiro sanitário, CEJAR - Uberlândia – MG, 2018.

Forma de escoamento	n	%
Rede coletora de esgoto ou fluvial	433	79,0
Fossa séptica	1	0,2
Não informado	114	20,8
Total	548	100

Fonte: Cadastro individual E-SUS, 2018/2019.

Tabela 7: Distribuição das famílias cadastradas segundo destino de lixo, CEJAR - Uberlândia – MG, 2018.

Destino do lixo	n	%
Coletado	428	78,1
Queimado/enterrado	1	0,2
Não informado	119	21,7
Total	548	100

Fonte: Cadastro individual E-SUS, 2018/2019.

No que diz respeito à presença de animais de estimação nas residências, 336 (61,3%) dos entrevistados afirmaram possuir, sendo mais comuns a presença de cachorros (214; 39%), gatos (28; 5,1%) e pássaros (18; 3,3%). Aproximadamente 90% das residências incluídas na presente pesquisa possuíam entre 1 e 5 animais de estimação.

Com relação à renda familiar, embora tal informação estivesse disponível somente

para 35% das residências incluídas na presente análise, a maior parte das rendas familiares disponíveis se encontrava entre 1 e três salários-mínimos. Cabe ressaltar que, atualmente, o salário-mínimo brasileiro é de R\$1.045,00, o que corresponde a, aproximadamente, US\$185,00 (Tabela 8).

Tabela 8: Distribuição das famílias cadastradas segundo renda familiar, em salários-mínimos, CEJAR - Uberlândia – MG, 2018.

Número de moradores	n	%
1 salário	52	9,5
2 salários	82	15,0
3 salários	35	6,4
4 salários	19	3,5
5 salários	6	1,1
Não informado	354	64,6
Total	548	100

Fonte: Cadastro individual E-SUS, 2018/2019.

4.2 Análise dos cadastros dos indivíduos da área de abrangência do CEJAR

Estima-se que existam 14.909 habitantes residentes na área de cobertura do CEJAR, sendo 8 mil especificamente do Bairro Jaraguá. Na presente análise, foram incluídos aproximadamente 1.500 – 1.700 habitantes, sendo que, de um total de 1.511, 568 (37,6%) residem na microárea Turquesa, 377 (25,0%) na microárea Rubi, 377 (25,0%) residem na microárea Ametista e 168 (11,1%) na microárea Esmeralda. Não foram informadas as microáreas de residência de 21 indivíduos, o que corresponde a 1,3% da amostra. Destes, 1.447 (95,8%) se declararam brasileiros, 3 (0,2%) se declararam naturalizados e 16 (1,1%) estrangeiros.

No que diz respeito ao sexo dos indivíduos, dos 1.725 registros, 940 (54,5%) dos moradores incluídos na presente análise são mulheres e 786 (45,5%) são homens. A Tabela 9, a seguir, mostra a distribuição da população de acordo com raça/cor auto declarada dos indivíduos incluídos na presente pesquisa, que evidencia que aproximadamente 85% deles se auto declarou como sendo brancos ou pardos.

Tabela 9: Distribuição dos indivíduos cadastrados segundo raça/cor auto referida, CEJAR - Uberlândia – MG, 2019.

Raça/cor	n	%
Branca	723	47,8
Preta	198	13,1
Parda	560	37,1
Amarela	28	1,8
Indígena	2	0,1
Total	1511	100

Fonte: Cadastro individual E-SUS, 2018/2019.

Com relação à escolaridade dos habitantes da área de abrangência que foram incluídos na presente análise, grande variabilidade pôde ser observada, sendo os resultados apresentados na Tabela 10. É possível observar que 53,1% dos indivíduos possuem até o ensino fundamental/alfabetização, enquanto 28,4% atingiram o ensino médio e 14,7% o ensino superior. Um total de 3,8% dos indivíduos relatou “nenhuma das opções disponíveis”.

Tabela 10: Distribuição dos indivíduos cadastrados segundo nível máximo de escolaridade auto referida, CEJAR - Uberlândia – MG, 2019.

Escolaridade	n	%
Creche	13	0,8
Pré-escola	23	1,5
Classe de alfabetização	20	1,3
Fundamental (1 ^a - 4 ^a série)	345	22,0
Fundamental (5 ^a - 8 ^a série)	296	18,8
Fundamental completo	70	4,4
EJA (1 ^a - 4 ^a série)	10	0,6
EJA (5 ^a - 8 ^a série)	50	3,2
Ensino médio (técnico/científico)	407	25,8
Ensino médio especial	28	1,8
EJA ensino médio	13	0,8
Superior*	232	14,7
Alfabetização para adultos	8	0,5
Nenhum	60	3,8
Total	1575	100

Fonte: Cadastro individual E-SUS, 2018/2019.

* inclui ensino superior, aperfeiçoamento, especialização, mestrado e doutorado

A Tabela 11 mostra a situação que esses indivíduos se encontram no mercado de trabalho, evidenciando também grande variabilidade dos resultados. Embora a maioria desses indivíduos estejam ativos no mercado de trabalho, seja na posição de empregador (1,8%), assalariado (27,4%), autônomo (12,7%), aposentado (24,8%) ou servidor público (2,7%), chama a atenção que alguns deles não possuem estabilidade profissional, seja por não trabalharem de carteira assinada (5,4%) ou por não contribuírem de forma autônoma para a previdência social (9,2%).

A Tabela 12, a seguir, mostra os resultados das questões dicotômicas incluídas no cadastro dos indivíduos. São perguntas com respostas do tipo sim e não, além de serem indicados também os dados não informados nas fichas de cadastro.

Tabela 11: Distribuição dos indivíduos cadastrados segundo situação no mercado de trabalho, CEJAR - Uberlândia – MG, 2019.

Situação no mercado de trabalho	n	%
Empregador	24	1,8
Assalariado com carteira de trabalho	315	22,0
Assalariado sem carteira de trabalho	77	5,4
Autônomo com previdência social	65	4,5
Autônomo sem previdência social	132	9,2
Aposentado/pensionista	356	24,8
Desempregado	106	7,4
Não trabalha	260	18,1
Servidor público/militar	39	2,7
Outro	59	4,1
Total	1433	100

Fonte: Cadastro individual E-SUS, 2018/2019.

Tabela 12: Distribuição dos indivíduos cadastrados segundo condições de saúde auto referidas, CEJAR - Uberlândia – MG, 2019.

Condições/situações de saúde	n	(%)
Participa de grupo comunitário	166/770	21,6
Frequenta cuidador tradicional	24/564	4,3
Possui plano de saúde privado	329/1138	29,0
Possui deficiência	175/1406	12,4
Gestante*	13/1042	1,2
Tabagista*	228/1611	14,2
Faz uso de álcool*	222/1605	13,8
Faz uso de outras drogas*	17/1578	1,1
Sobrepeso	456/1399	32,6
Hipertensão arterial	496/1618	30,7
Diabetes	180/1599	11,3

História de AVC/derrame	47/1586	3,0
História de infarto	55/1595	3,4
Doença cardíaca/do coração	165/1581	10,4
Problemas renais	148/1421	10,4
Doença respiratória/no pulmão	126/1512	8,3
Hanseníase*	5/1583	0,3
Tuberculose*	1/1584	0,1
Histórico de câncer	41/1586	2,6
Internação nos últimos 12 meses	166/1553	10,7
Diagnóstico em saúde mental	101/1465	6,9
Acamado*	22/1447	1,5
Domiciliado*	53/1432	3,7
Usa plantas medicinais	250/1421	17,6
Outras práticas integrativas e complementares	43/706	6,1

Fonte: Cadastro individual E-SUS, 2018/2019.

*À época das entrevistas

No que diz respeito aos tipos de deficiência encontrados, a auditiva foi a mais comum (2,4%), seguida de intelectual/cognitiva (2,2%), física (1,8%), visual (1,6) e outra (0,5). Alguns indivíduos reportaram apresentar mais de uma deficiência.

4.3 Análises espaciais

O geoprocessamento é definido como um conjunto de tecnologias de coleta de dados que produz informação demográfica e contribui para o reconhecimento das condições de risco do território. Os mapas construídos a partir desse geoprocessamento são um instrumento valioso para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde (NARDI et al., 2013). A seguir, são apresentados os quadros de análise de frequência das características as moradias por microáreas.

Tabela 13: Distribuição dos indivíduos cadastrados segundo caracterização dos mesmos, por microárea, CEJAR - Uberlândia – MG, 2019.

Microáreas	Ametista		Esmeralda		Rubi		Turquesa		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo										
Masculino	199	11,7	84	4,9	206	12,1	288	16,9	777	45,7
Feminino	228	13,4	95	5,6	224	13,2	378	22,2	925	54,3
Raça/cor										
Branca	159	10,7	84	5,6	169	11,3	295	19,8	707	47,4
Preta	61	7,2	29	1,9	46	3,1	60	4,0	196	13,2
Parda	146	9,8	54	3,6	148	9,9	210	14,1	558	37,4
Amarela	10	0,7	1	0,1	13	0,8	3	0,2	27	1,8
Indígena	1	0,1	0	0	1	0,1	0	0	2	0,1

Escolaridade	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Creche	3	0,2	2	0,1	2	0,1	5	0,4	12	0,9
Pré-escola	9	0,7	3	0,2	5	0,4	6	0,4	23	1,7
Classe de alfabetização	6	0,4	2	0,1	1	0,1	11	0,8	20	1,5
Ens. Fund (1 ^a - 4 ^a série)	58	4,2	31	2,3	83	6,0	170	12,3	342	24,8
Ens. Fund (5 ^a - 8 ^a série)	57	4,1	25	1,8	71	5,2	139	10,1	292	21,2
Ens. Médio	127	9,2	41	3,0	96	7,0	138	10,0	402	29,2
Ens. Superior	54	3,9	30	2,2	79	5,7	63	4,6	226	16,4
Nenhum	25	1,8	7	0,5	12	0,9	16	1,2	60	4,4
Situação de trabalho	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Empregador	7	0,5	1	0,1	10	0,7	6	0,4	24	1,7
Assalariado	100	7,0	44	3,1	97	6,8	147	10,3	392	27,4
Autônomo	42	2,9	26	1,8	46	3,2	81	5,7	197	13,7
Aposentado/pensionista	94	6,6	33	2,3	81	5,7	145	10,1	356	24,8
Desempregado	23	1,6	9	0,6	32	2,2	40	2,8	106	7,4
Servidor público	15	1,0	5	0,3	4	0,3	15	1,0	39	2,7
Não trabalha	67	4,7	31	2,2	68	4,7	89	6,2	260	18,1
Outro	14	1,0	7	0,5	14	1,0	21	1,5	59	4,1

Fonte: Cadastro individual E-SUS, 2018/2019.

Tabela 14: Distribuição das residências cadastradas segundo caracterização das moradias, por microárea, CEJAR - Uberlândia – MG, 2018.

Microáreas	Ametista (n=119)		Esmeralda (n=65)		Rubi (n=145)		Turquesa (n=218)		Total	
Tipo de domicílio	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Casa	116	21,2	64	11,7	136	24,8	195	35,6	511	93,2
Apartamento	2	0,4	0	0	4	0,7	2	0,4	8	1,4
Cômodo	0	0	0	0	1	0,2	1	0,2	2	0,4
Outro	0	0	1	0,2	0	0	0	0	1	0,2
Não informado	1	0,2	0	0	4	0,7	20	3,6	25	4,6
Situação de moradia	N	%	N	%	N	%	N	%		
Próprio	71	12,9	50	9,1	86	15,7	125	22,8	332	60,6
Financiado	0	0	0	0	1	0,2	1	0,2	2	0,4
Alugado	35	6,4	13	2,4	50	9,1	59	10,8	157	28,6
Arrendado	0	0	0	0	0	0	4	0,7	4	0,7
Cedido	6	1,1	2	0,4	4	0,7	9	1,6	21	3,8
Outro	5	0,9	0	0	0	0	3	0,5	8	1,4
Não informado	2	0,4	0	0	3	0,5	17	3,1	22	4,0
Paredes externas da casa	N	%	N	%	N	%	N	%		
Com revestimento	109	19,9	52	9,5	116	21,2	76	13,9	353	64,4
Sem revestimento	0	0	8	1,4	3	0,5	2	0,4	13	2,7
Madeira aparelhada	0	0	0	0	0	0	1	0,2	1	0,2
Não informado	10	1,8	5	0,9	26	4,7	139	25,4	180	32,8
Cômodos da casa	N	%	N	%	N	%	N	%		
1 Cômodo	0	0	0	0	2	0,4	3	0,5	5	0,9
2 Cômodo	2	0,4	0	0	1	0,2	2	0,4	5	0,9
3 Cômodo	5	0,9	3	0,5	6	1,1	12	2,2	26	4,7
4 Cômodo	12	2,2	7	1,3	12	2,2	21	3,8	52	9,5
5 Cômodo	55	10,0	13	2,4	14	2,5	21	3,8	103	18,8

6 Cômodo	15	2,7	8	1,4	30	5,5	27	4,2	80	14,6
7 Cômodo	13	2,4	10	1,8	14	2,5	14	2,5	51	9,3
8 ou mais cômodos	13	2,4	10	1,8	20	3,6	15	2,7	58	10,6
Não informado	26	4,7	14	2,5	46	8,4	103	18,8	189	34,5
Esgoto doméstico	N	%	N	%	N	%	N	%		
Rede coletora de esgoto	112	20,4	64	11,7	132	24,1	125	22,8	433	79,0
Fossa séptica	1	0,2	0	0	0	0	0	0	1	0,2
Não informado	6	1,1	1	0,2	13	2,4	93	17,0	117	21,3
Destino do lixo	N	%	N	%	N	%	N	%		
Coletado	115	21,0	61	11,1	128	23,3	124	22,6	428	78,1
Queimado/enterrado	0	0	0	0	1	0,2	0	0	1	0,2
Não informado	4	0,7	4	0,7	16	2,9	94	17,1	118	21,5
Número de moradores	N	%	N	%	N	%	N	%		
1	17	3,1	5	0,9	12	2,2	32	5,8	66	12,0
2	30	5,5	18	3,3	32	5,8	52	9,5	132	2,1
3	22	4,0	15	2,7	32	5,8	40	7,3	109	19,9
4	19	3,5	11	2,0	19	3,5	27	4,9	76	13,9
5	10	1,8	4	0,7	16	2,9	17	3,1	47	8,6
6 ou mais	5	0,9	2	0,4	11	2,0	8	1,4	26	4,7
Não informado	16	2,9	10	1,8	23	4,2	42	7,7	91	16,6

Fonte: Cadastro individual E-SUS, 2018/2019.

Tabela 15: Distribuição dos indivíduos cadastrados segundo condição de saúde dos mesmos, por microárea, CEJAR - Uberlândia – MG, 2019.

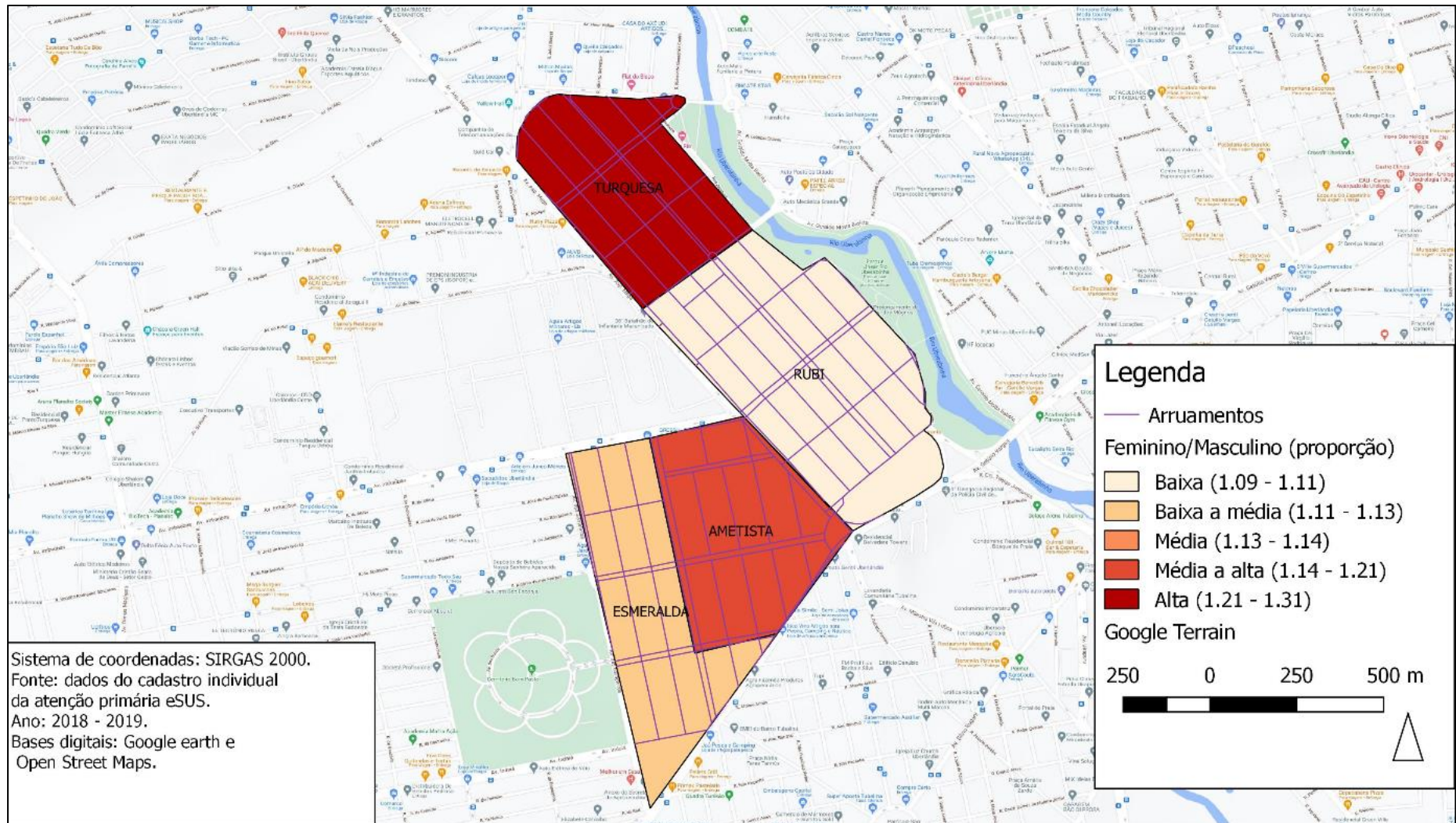
Microáreas	Ametista		Esmeralda		Rubi		Turquesa		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hipertensão arterial	121	7,5	64	4,0	107	6,6	199	12,3	491	30,3
Diabetes	52	3,3	18	1,1	32	2,0	74	4,6	176	11,0
Sobrepeso	109	7,8	66	4,7	121	8,6	153	10,9	456	32,6
AVC/derrame	14	0,9	4	0,3	13	0,8	15	0,9	46	2,9
Infarto	15	0,9	7	0,4	6	0,4	27	1,7	55	3,4
Doença Cardíaca	42	2,7	21	1,3	36	2,3	64	4,0	163	10,3
Problemas renais	48	3,4	18	1,3	38	2,7	43	3,0	147	10,3
Doença respiratória	32	2,1	15	1,0	33	2,2	45	3,0	125	8,3
Hanseníase	0	0	1	0,1	1	0,1	3	0,1	5	0,3
Tuberculose	0	0	0	0	0	0	1	0,1	1	0,1
Câncer	16	1,0	4	0,3	6	0,4	14	0,9	40	2,5
Internação/12 meses	48	3,1	26	1,7	42	2,7	49	3,2	165	10,6
Saúde mental	30	2,0	13	0,9	32	2,2	23	1,6	98	6,7
Acamado	8	0,6	1	0,1	6	0,4	7	0,5	22	1,5
Domiciliado	21	1,5	11	0,8	13	0,9	8	0,6	53	3,7
Usa plantas medicinais	75	5,3	30	2,1	74	5,2	61	4,3	240	16,9
Outras PISCs	17	2,4	2	0,3	17	2,4	6	0,8	32	4,5
Possui deficiência	44	3,1	13	0,9	56	4,0	60	4,3	173	12,3
Gestante	6	0,6	0	0	4	0,4	3	0,3	13	1,3
Tabagista	45	2,8	29	1,8	58	3,6	93	5,8	225	13,9

Faz uso de álcool	37	2,3	24	1,5	64	4,0	92	5,7	217	13,5
Faz uso de outras drogas	4	0,3	2	0,1	5	0,3	6	0,4	17	1,1
Plano de saúde privado	89	7,8	50	4,4	96	8,5	85	7,4	320	28,1

Fonte: Cadastro individual E-SUS, 2018/2019.

A Figura 3 mostra a razão de sexo Feminino/Masculino da população, indicando que em todas as microáreas a população feminina é maior que a população masculina, sendo esta relação maior ainda na microárea Turquesa. A Figura 4 apresenta a razão população branca/população preta. A Microárea Turquesa apresenta a maior proporção de população branca e a Microárea Ametista a menor proporção, tendo mais que o dobro da população de cor da pele preta. A Figura 5 apresenta a distribuição da população de crianças. A Figura 6 apresenta a distribuição da população de idosos (> 60 anos). Em todas as microáreas, a população de idosos é maior que a população de crianças. A maior população de crianças se concentra na microárea Turquesa. Também, a maior proporção de população de idosos se concentra na microárea Turquesa, que é seguida pelas microáreas Ametista, Rubi e Esmeralda. A Figura 7 apresenta a distribuição da população que está com sobrepeso (n=456), com a microárea Turquesa sendo a que tem maior população com peso acima, seguidas pelas microáreas Rubi, Amerista e Esmeralda.

Figura 3: Distribuição dos indivíduos cadastrados segundo sexo, por microárea, CEJAR, Uberlândia-MG, 2019.



Fonte: Cadastro individual E-SUS, 2018/2019.

Figura 4: Distribuição dos indivíduos cadastrados segundo raça/cor da pele, por microárea, CEJAR, Uberlândia-MG, 2018.

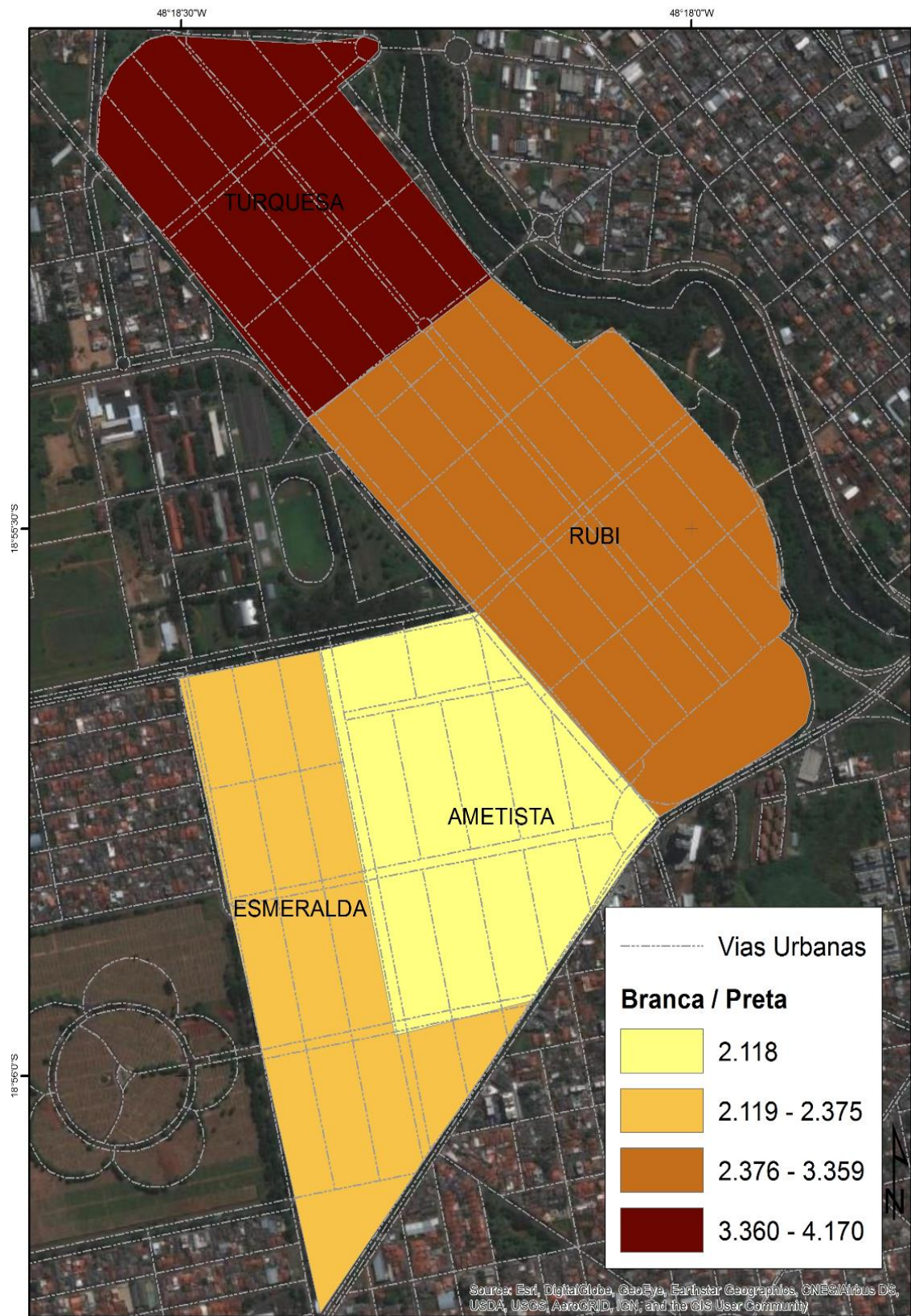
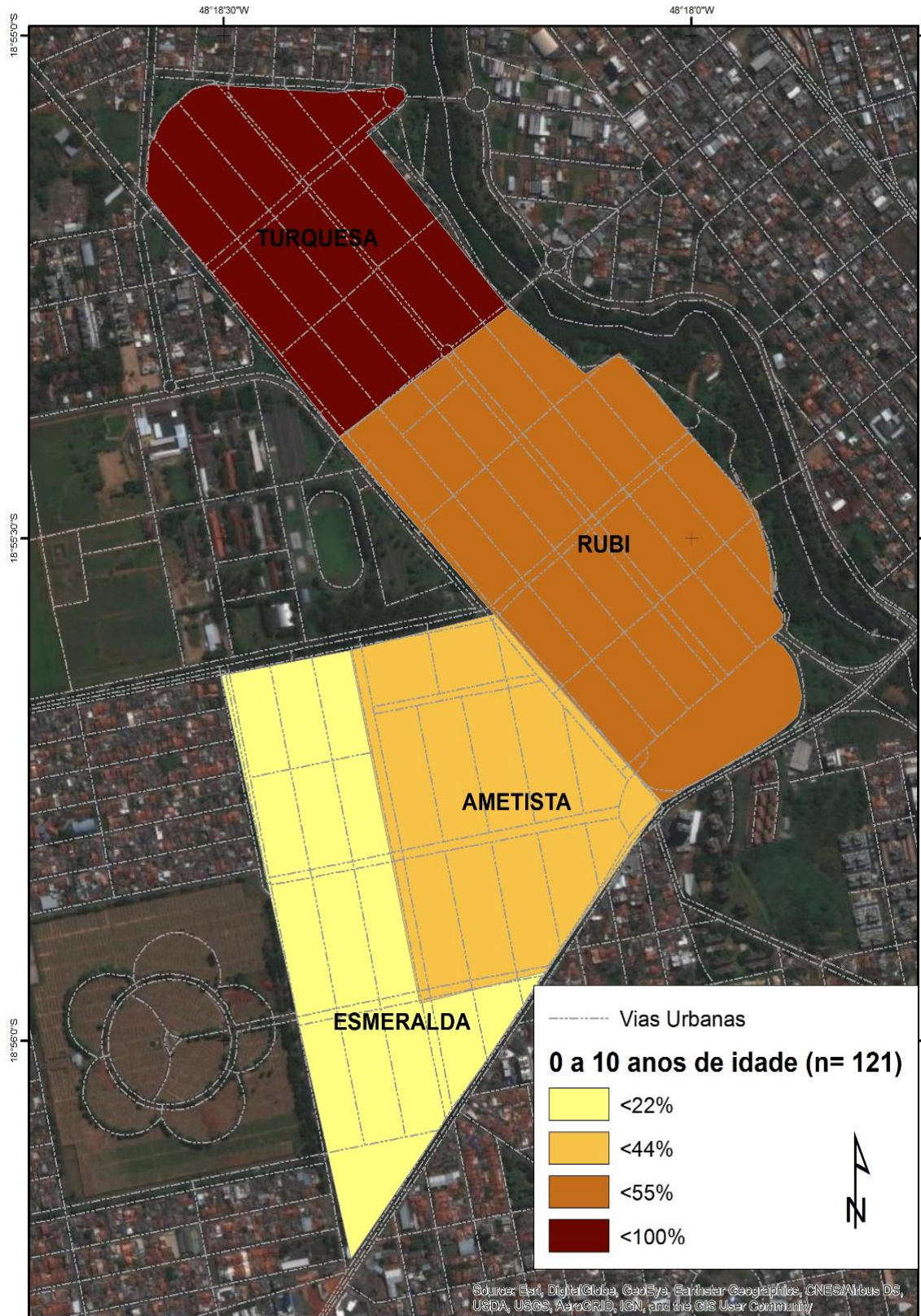
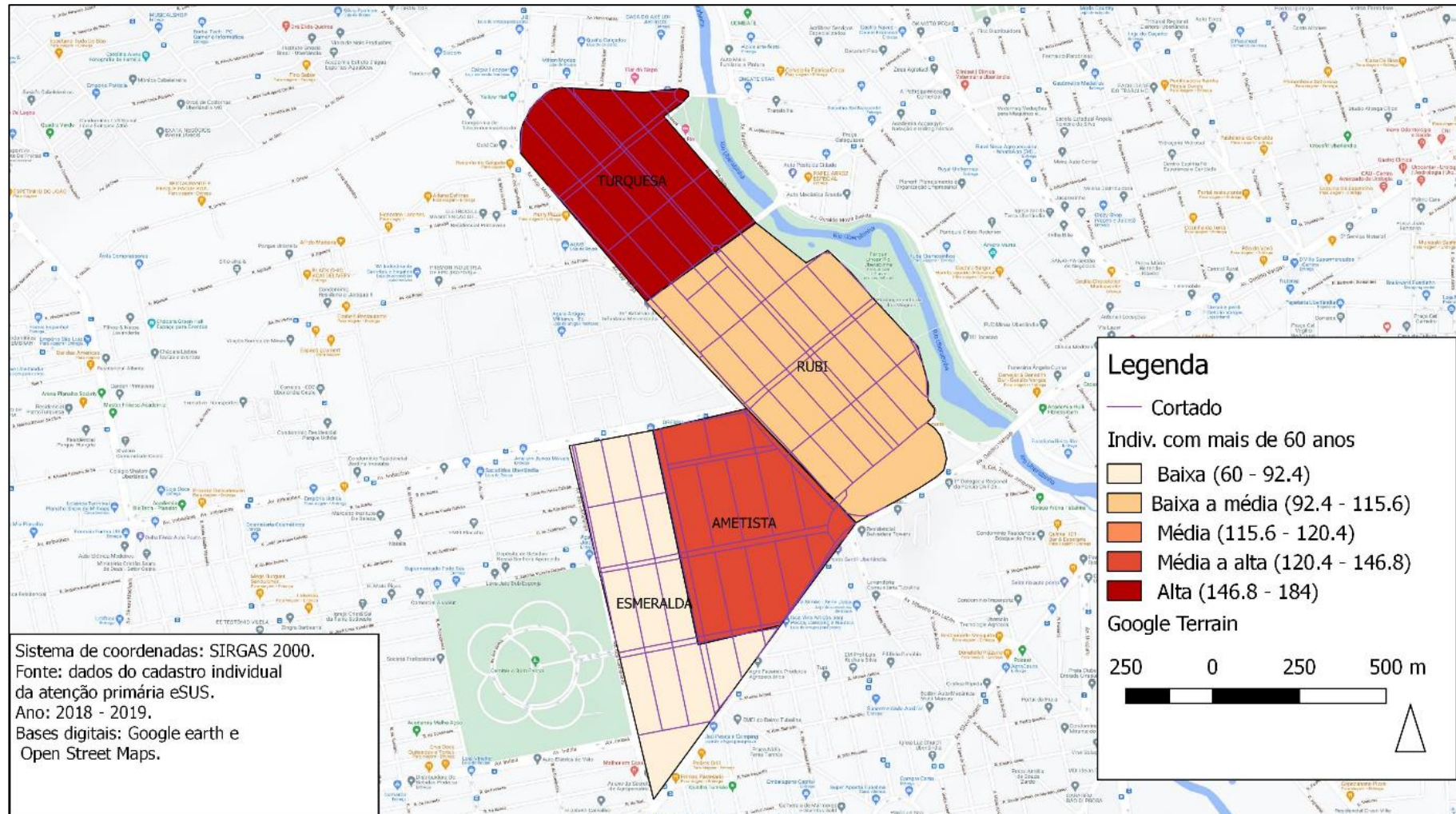


Figura 5: Distribuição das crianças cadastrados (indivíduos de 0 a 10 anos), por microárea, CEJAR, Uberlândia-MG, 2018.



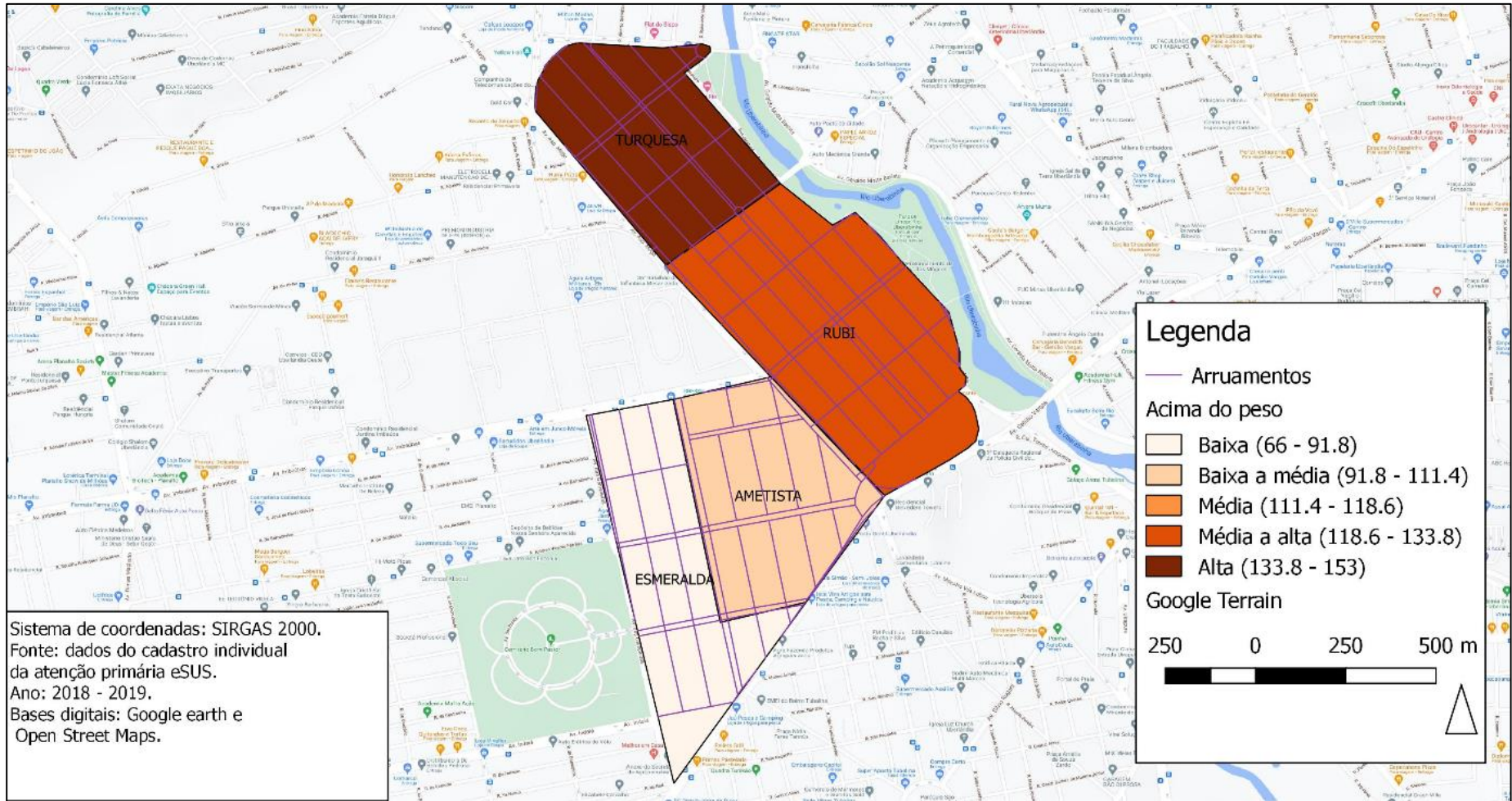
Fonte: Cadastro individual E-SUS, 2018/2019.

Figura 6: Distribuição dos idosos cadastrados (indivíduos com 60 anos ou mais), por microárea, CEJAR, Uberlândia-MG, 2019.



Fonte: Cadastro individual E-SUS, 2018/2019.

Figura 7: Distribuição dos indivíduos acima do peso cadastrados, por microárea, CEJAR, Uberlândia-MG, 2019.



Fonte: Cadastro individual E-SUS, 2018/2019.

A Figura 8 apresenta a distribuição de indivíduos com hipertensão (n=383). A microárea Turquesa é a que apresenta maior número de indivíduos com hipertensão, seguidas pelas microáreas Ametista, Rubi e Esmeralda. A Figura 9 apresenta a distribuição de indivíduos com diabetes (n=176), sendo a microárea Turquesa a que tem maior número de indivíduos com diabetes, seguidas das microáreas Ametista, Rubi e Esmeralda.

Figura 8: Distribuição dos indivíduos cadastrados com hipertensão, por microárea, CEJAR, Uberlândia-MG, 2018.

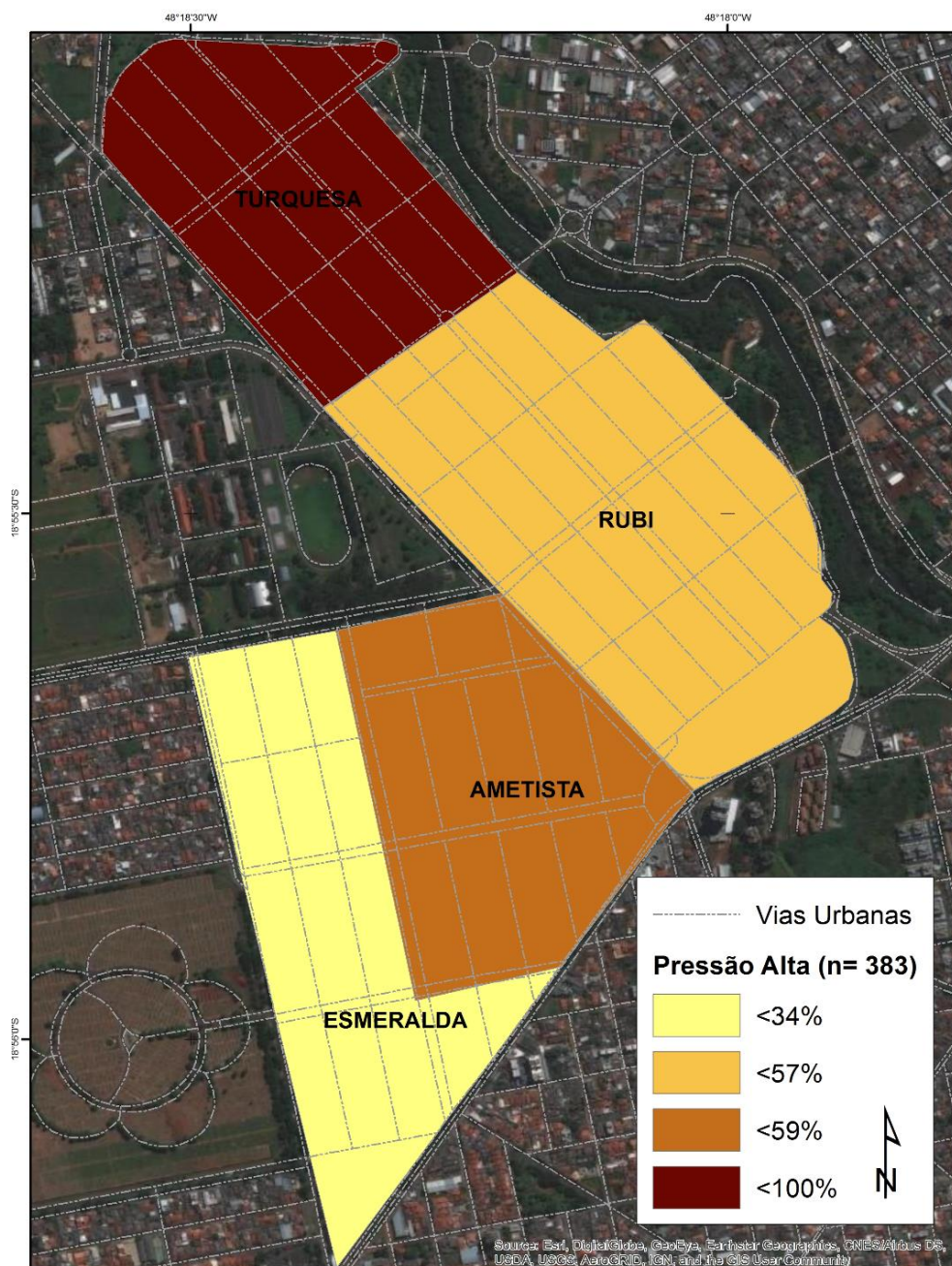
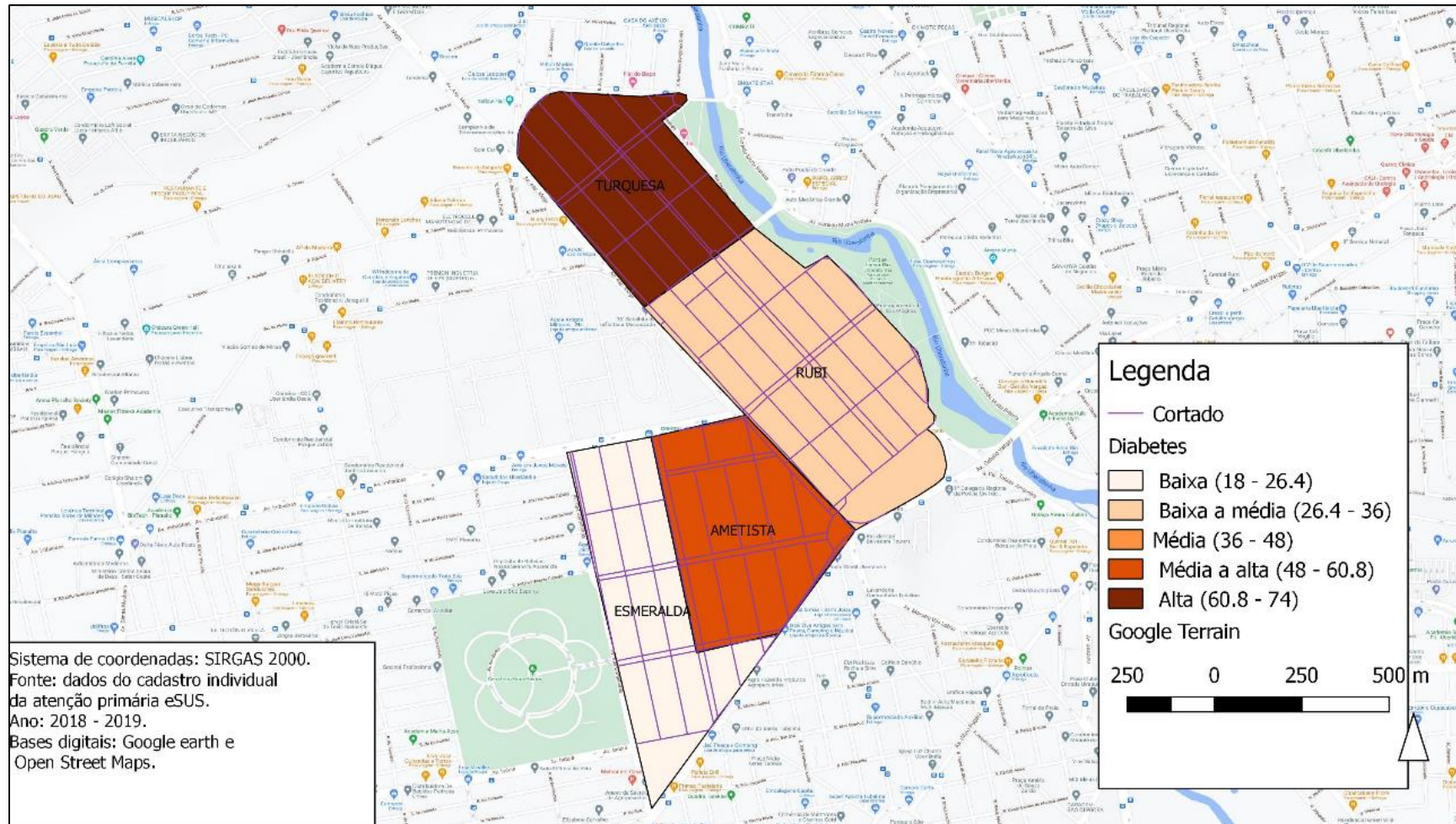


Figura 9: Distribuição dos indivíduos cadastrados com diabetes, por microárea, CEJAR, Uberlândia-MG, 2019.



Fonte: Cadastro individual E-SUS, 2018/2019.

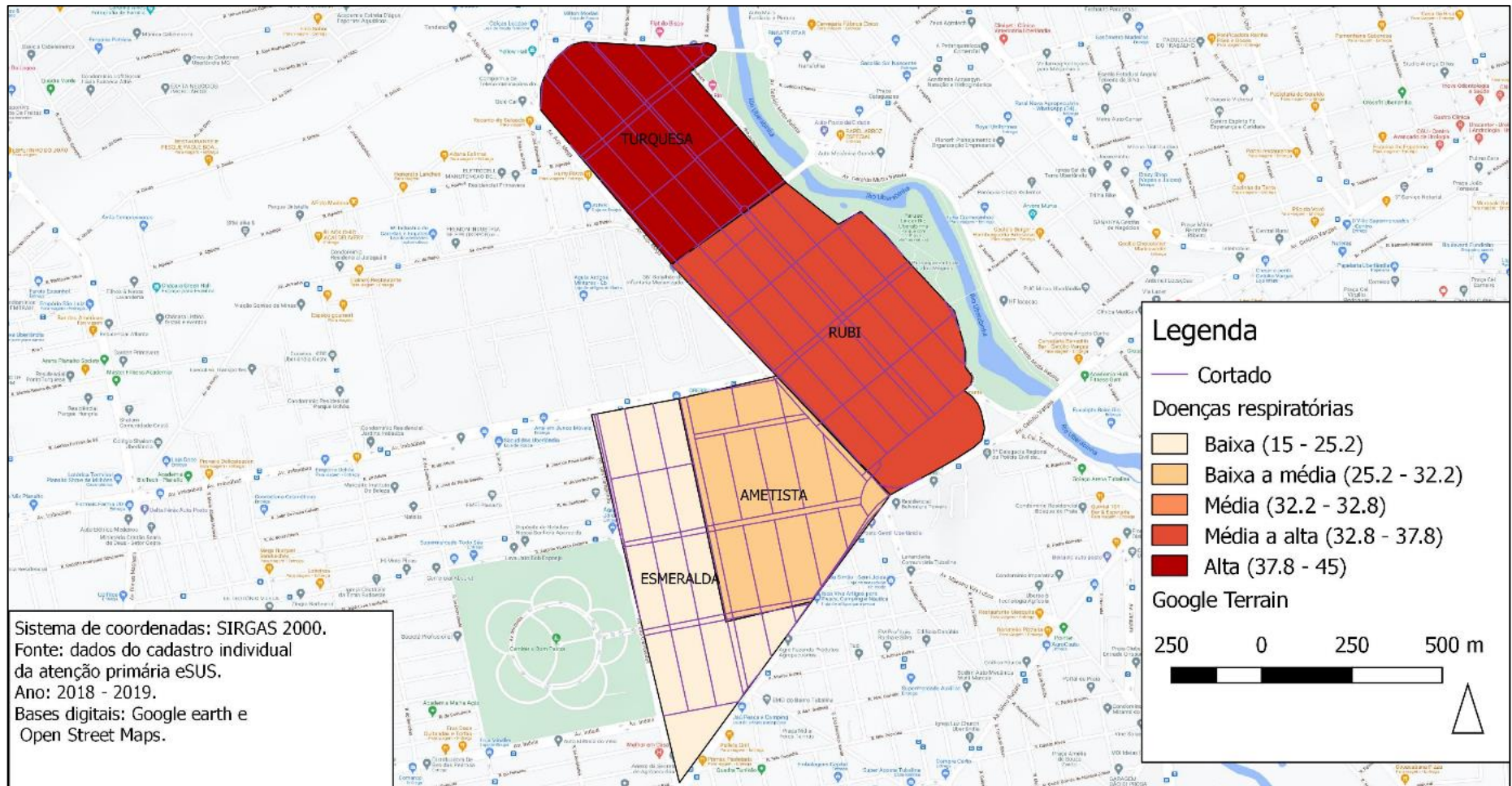
A Figura 10 apresenta a proporção de indivíduos com doenças respiratórias (n=126), sendo a microárea Turquesa a com maior proporção destes indivíduos, seguida da Rubi, Ametista e Esmeralda.

A Figura 11 apresenta a distribuição de indivíduos com câncer (n=40), sendo a microárea Ametista a que apresenta maior número de indivíduos com câncer, seguida das microáreas Turquesa, Rubi e Esmeralda.

A Figura 12 apresenta a distribuição de mulheres gestantes (n=13), sendo a microárea Ametista a que possui mais gestantes, seguida pelas microáreas Rubi, Turquesa e Esmeralda.

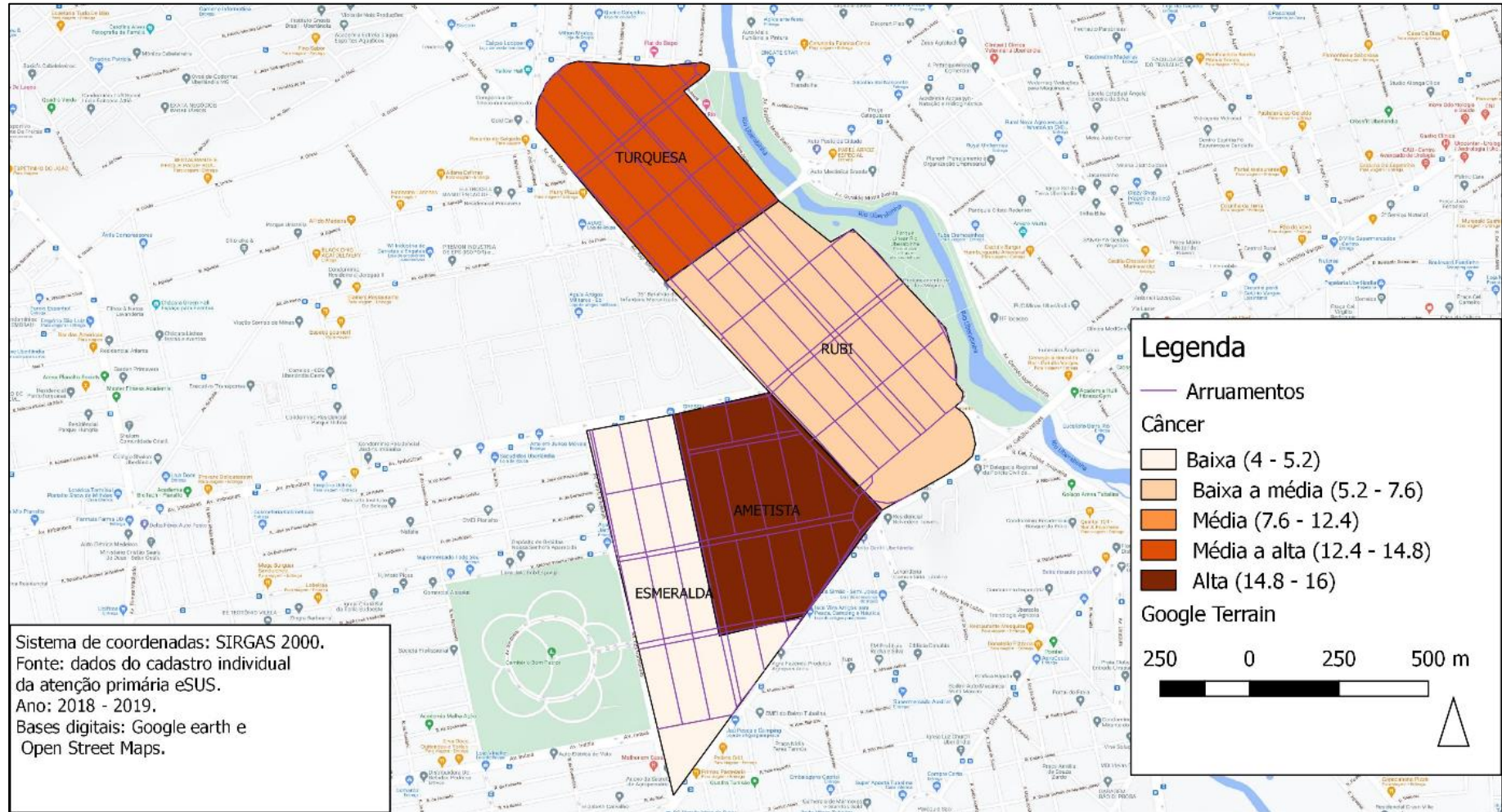
A Figura 13 apresenta a distribuição de tabagista (n=225), sendo a microárea Turquesa a que apresenta maior proporção de indivíduos fumantes, seguido pelas microáreas Rubi, Ametista e Esmeralda.

Figura 10: Distribuição dos indivíduos cadastrados com doenças respiratórias, CEJAR, Uberlândia-MG, 2019.



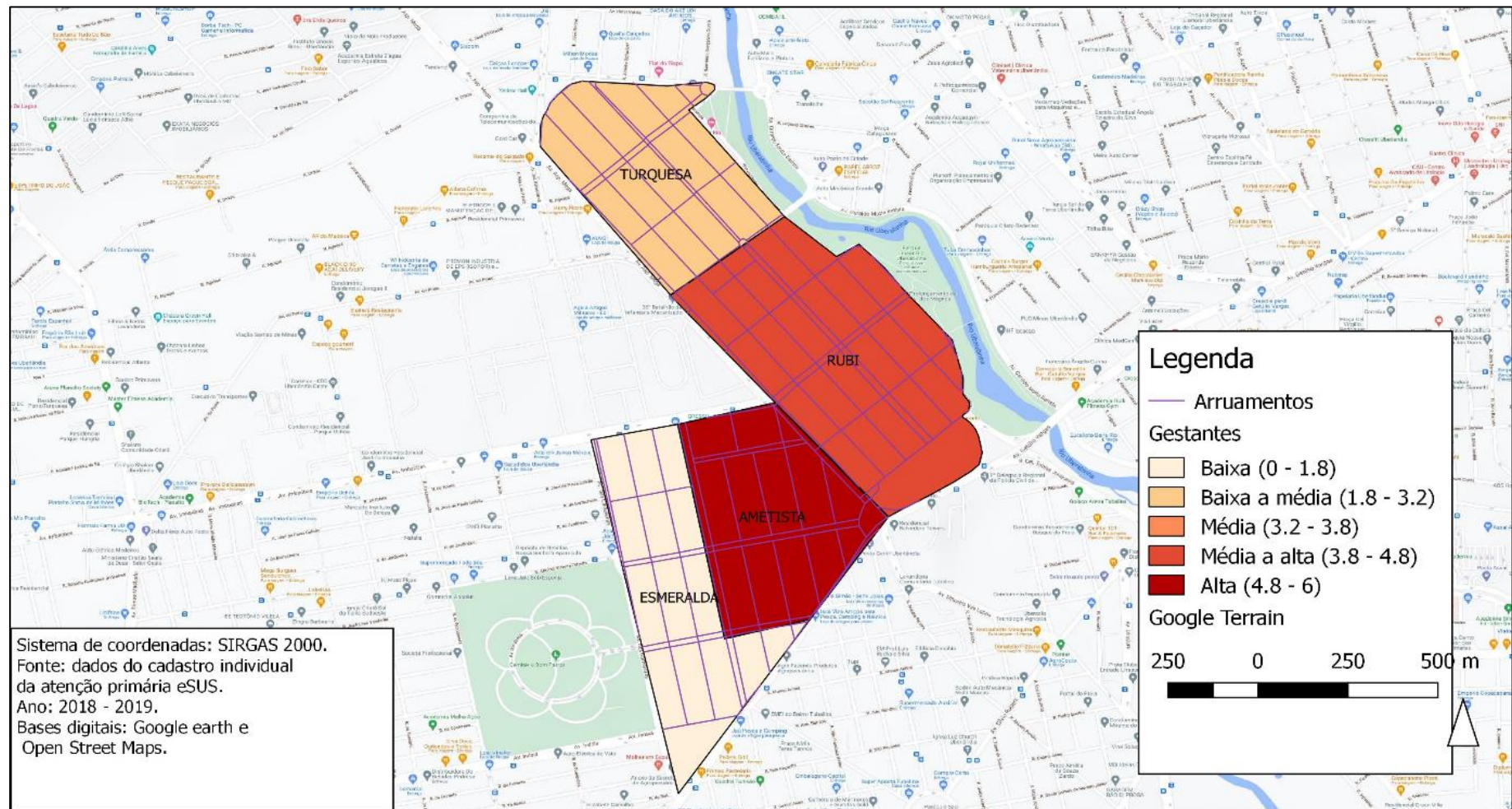
Fonte: Cadastro individual E-SUS, 2018/2019.

Figura 11: Distribuição dos indivíduos cadastrados com câncer, por microárea, CEJAR, Uberlândia-MG, 2019.



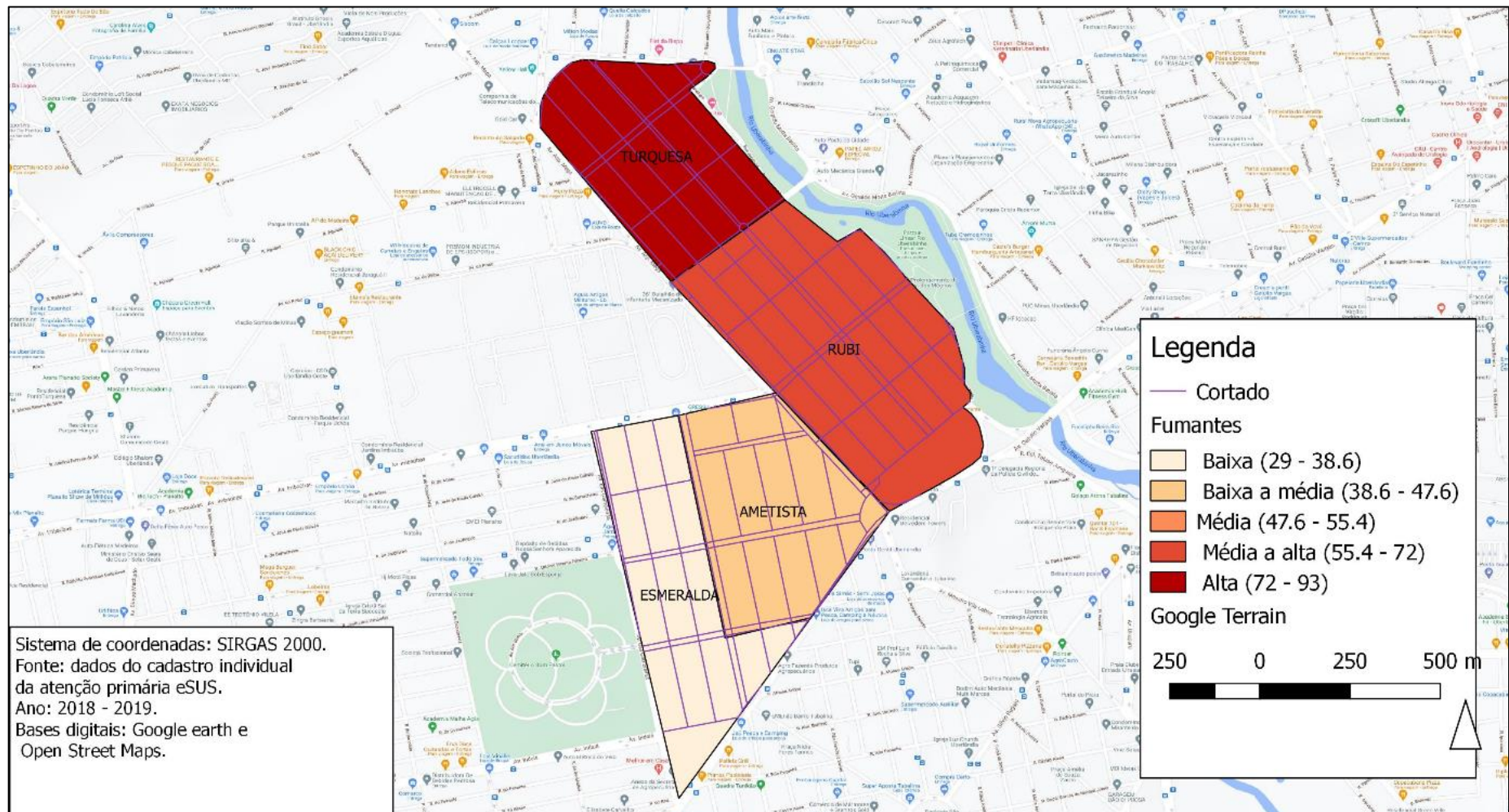
Fonte: Cadastro individual E-SUS, 2018/2019.

Figura 12: Distribuição das mulheres gestantes cadastrados, por microárea, CEJAR, Uberlândia-MG, 2019.



Fonte: Cadastro individual E-SUS, 2018/2019.

Figura 13: Distribuição dos indivíduos tabagistas cadastrados, por microárea, CEJAR, Uberlândia-MG, 2019.



Fonte: Cadastro individual E-SUS, 2018/2019.

A apreciação situacional de saúde da população do bairro Jaraguá mostrou indivíduos residindo em ambiente urbano, com casas majoritariamente próprias ou alugadas, com paredes revestidas, coleta de lixo e rede de esgoto. Cada uma das casas abriga, em geral, 2 ou três moradores. No que diz respeito às características individuais dos residentes do bairro que foram entrevistados, observou-se que a maioria deles é da cor branca, possui escolaridade até o ensino médio, sendo aposentados ou assalariados CLT.

No que diz respeito à cobertura por planos de saúde privados, os resultados da presente pesquisa mostraram que 29% dos entrevistados contrata tais serviços. Este resultado vai de encontro com o estudo de Bahia et al. (2006), que ao utilizar dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003 identificou 24,6% dos entrevistados cobertos por plano de saúde. Cabe destacar que, além de grande parte da população utilizar o SUS para consultas de atenção primária, secundária, hospitalar, ainda os indivíduos cobertos por planos de saúde privados acessam o SUS para campanhas de vacinação, através da regulação de transplantes, vigilância sanitária, dentre outros serviços.

No que diz respeito às condições de saúde, embora grande variedade ao se observar os dados da microáreas separadamente, chamou a atenção que grande percentual dos entrevistados relataram estar com sobrepeso, serem hipertensos e diabéticos, o que corrobora com estudos que mostram altas taxas de doenças crônicas não transmissíveis em todo o mundo. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes) são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo, sendo que grande parte desses óbitos ocorrem antes dos 70 anos de idade e em países de baixa e média renda. A epidemia de DCNT resulta em consequências devastadoras para os indivíduos, famílias e comunidades, além de sobrecarregar os sistemas de saúde (MALTA et al., 2017; 2019).

Estudos apontam que as DCNT afetam mais populações de baixa renda, por estarem mais vulneráveis, mais expostas aos riscos e terem menor acesso aos serviços de saúde e às práticas de promoção à saúde e prevenção das doenças. A Organização Mundial da Saúde (OMS) avalia que as pessoas com DCNT têm sua situação de pobreza agravada, pelos maiores gastos familiares com a doença pela procura de serviços, dentre outros (MALTA et al., 2017; 2019).

Embora o panorama apresentado seja preocupante, um estudo conduzido por Malta

et al. (2019), que teve como objetivo analisar as tendências de mortalidade por DCNT no período de 2000 a 2013 e a probabilidade de morte até 2025, mostrou resultados animadores. A partir de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde, houve declínio médio de 2,5% ao ano no conjunto das quatro principais DCNT no Brasil entre 2000 e 2013, em todas as regiões e unidades federativas. A probabilidade de morte foi reduzida de 30% em 2000 para 26,1% em 2013, e estima-se que caia para 20,5% em 2025.

5 ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE EM GRUPOS FOCAIS

A análise de situação de saúde tem por objetivo identificar os problemas e necessidades de saúde de uma população e o seu perfil epidemiológico para definir as estratégias de intervenção com assistência, prevenção e promoção da saúde, com ações que permitam oferecer aos indivíduos integralidade na atenção (BRASIL, 2005). A apresentação dos resultados qualitativos se dará por grupos focais, sendo apresentados os resultados dos grupos dos profissionais de saúde do CEJAR, dos moradores do bairro Jaraguá e dos atores sociais do bairro Jaraguá separadamente.

5.1 Profissionais do CSE Jaraguá

Ao serem questionados sobre os principais problemas de saúde vivenciados pela população do bairro Jaraguá, foi possível identificar três temas distintos entre os profissionais do CEJAR. Inicialmente, foi pontuado que o grande problema de saúde da população do bairro estaria relacionado a fatores socioeconômicos e sua posição desprivilegiada dentro da sociedade, o que limita o acesso a informações e ao médico, como mostram as falas de dois entrevistados:

“Um dos problemas mais importantes que eu vejo é a grande desinformação, o nível econômico de um número expressivo de pacientes em estado precário e, o mais importante, com toda a disponibilidade que a gente oferece ao usuário, uma ou outra paciente, às vezes até mais do que isso, com toda certeza tem uma dificuldade grande de acessar o médico”. [E2]

“A questão da falta de informação, da falta de conhecimento da população em relação aos direitos, em relação à própria saúde, aos direitos em si, é uma desinformação no geral, na minha opinião”. [E7]

Um segundo tema emergido do questionamento quanto aos maiores problemas de saúde da população foi relacionado ao acesso em saúde. Para um dos profissionais entrevistados, o grande problema seria dificuldade em se conseguir uma consulta no SUS, não sendo, entretanto, um problema restrito ao CEJAR. Além disso, este mesmo entrevistado ressalta a implicação do nível econômico do paciente nessa dificuldade, como mostrado na fala a seguir:

“Acho que a dificuldade de marcação de consultas pelo SUS é um problema geral, não só do Jaraguá, mas também equivale a ele, né, falta de informação específica, então as pessoas às vezes aparecem no Jaraguá para ter acesso a algum tipo de informação que lá não é o lugar correto, e principalmente a econômica também e a cultural. São

“pessoas mais simples, pessoas que precisam de mais atenção, é um bairro que necessita de mais cuidado.” [E1]

O terceiro tema emergido dos problemas de saúde da população foi relacionado especificamente a acometimentos em saúde, sendo que os profissionais entrevistados listaram tanto doenças específicas quanto condições de saúde que não são consideradas doenças, mas que demandam cuidado em saúde. As falas mostradas a seguir exemplificam este achado:

“Eu acho que o problema do Jaraguá, especificamente, é número de grávidas – gravidez em jovem, eu acho que é usuário de drogas e saúde mental, acho que é principalmente essas três coisas.” [E6]

“Eu acho que gravidez é um ponto, onde que a maioria das gravidezes não são planejadas, não que não sejam desejadas, mas não são planejadas. É...(...)... saúde mental, também eu acho que saúde mental, e... diabetes! Acho que tem muito diabético.” [E8]

“Eu gostaria de falar do aumento do número de pessoas com sífilis, já que é pra gente já partir pra esse detalhe. Teve um grande aumento no número de pessoas com sífilis, nós temos feito muita penicilina de uns tempos pra cá.” [E1]

Um dos participantes interpretou a questão como sendo para pontuar o principal problema relacionado ao CSE Jaraguá, citando, neste caso, problemas estruturais da unidade, sem deixar claro, entretanto, como tais problemas estruturais poderiam estar relacionados aos problemas de saúde da população do bairro

“Olha, assim, de modo geral, problemas que eu vejo lá na nossa unidade, eu vejo problemas de instalação, eu acho que são instalações ainda precárias, acho que pode melhorar ainda bastante. Tem também a questão da melhoria na recepção; (...). E a manutenção também, né, a gente tem muita dificuldade em realizar as manutenções necessárias. De modo geral, é isso que eu vejo.” [E1]

Para esta categoria, os profissionais do CEJAR foram questionados sobre como era possível prevenir os problemas de saúde da população do bairro Jaraguá, enfatizando quais ações cabiam ao CSE e quais ações cabiam aos próprios usuários da unidade. A partir da leitura em profundidade, os participantes apontaram como principal tema as dificuldades e barreiras enfrentadas para se realizar a prevenção em saúde, citando tanto problemas estruturais e falta de recursos indispensáveis a essas atividades, quanto a dificuldade em se convencer os pacientes sobre a importância da prevenção em saúde, enfatizando suas limitações culturais e sociais.

As falas a seguir enfatizam os problemas relacionados à falta de estrutura mínima para as ações preventivas, expondo tanto recursos materiais quanto recursos humanos que não estão disponíveis, mas que seriam indispensáveis para que ações adequadas de prevenção em saúde fossem conduzidas. Enfatizam ainda a importância em se realizar a busca ativa da população,

salientando o papel do serviço nessa busca. As falas a seguir exemplificam os achados:

“Então eu acho que precisa ter, além da nossa ação conjunta, todos juntos, traçar planos para se chegar nesses pacientes diabéticos, nessas gestantes, nesse pessoal com orientação, com campanhas de orientação e receber esses recursos externos que a gente precisa, né, do apoio para que tudo possa ser feito. Os grupos, as orientações, né, redefinir uma forma de pensar para se chegar a esses pacientes, porque a gente às vezes marca atividades no centro de saúde e os pacientes não comparecem, é uma forma que a gente precisa se atentar, de como chegar a esses pacientes, a gente precisa repensar as nossas ações, né, porque os grupos não têm funcionado, então uma forma de se chegar a esses pacientes e de se conseguir esses recursos externos, para que as ações possam ser traçadas e feitas em conjunto.” [E5]

“E a gente precisa trazer a pessoa até a gente mesmo, e pra isso às vezes a gente vai ter que ir na própria residência busca-los. Então é um programa ativo, né, é como a gente fazia a busca ativa antigamente das crianças, a gente não deixava que os meninos atrasassem na vacinação, a gente telefonava... e isso tudo foi se perdendo, principalmente com o problema da pandemia, né, a gente foi ficando afastado da população, mas eu acho que a gente ainda tem um caminho muito legal para percorrer ali no Jaraguá.” [E1]

“Eu acho que essa prevenção dentro da unidade, eu acho que não só no Jaraguá, da rede toda, ela se perde, ela peca, ela falha. Porque a gente é uma equipe multidisciplinar, mas, porém, com escala, então é muito difícil dar uma sequência certa com um tratamento, a uma conduta, porque até que o paciente chegue lá no finalmente, o que ele começou há um mês, dois meses atrás, às vezes fica perdido, e o que ele vai fazer daqui a um mês, dois meses, quando chegar ao fim da escala, perde-se também ao longo do tempo, porque ele não consegue seguir.” [E5]

“A questão da falta de um Agente comunitário dificulta muito mesmo, então eu acho que é um ponto que você pode enfatizar mesmo, que também faz parte da minha opinião, que falta vínculo até mesmo pra gente conhecer os problemas de saúde da população, porque a gente só conhece aquilo que chega até nós” [E8]

Outro tema emergido foi a necessidade dos Agentes Comunitários de Saúde e seu papel essencial na criação do vínculo entre o serviço e a comunidade, apontados como sendo indispensáveis para uma prevenção em saúde adequada. Muitos dos entrevistados enfatizam também a necessidade da implantação da Estratégia Saúde da Família no CSE Jaraguá:

“Pessoal, o ponto que eu acho que seria bastante benéfico para a população seria a implantação do Programa Saúde da Família que a (6) já comentou. Eu acho que esse programa, com a implantação dos Agentes Comunitários, seria um grande benefício na medida que esses agentes saíam a campo, levantariam as necessidades e estariam

fazendo os encaminhamentos necessários para aquelas pessoas da área que desconhecem a unidade, que desconhecem o potencial e os serviços prestados. Eu acho que o maior benefício, em termos de... para a população, seria a implantação das equipes de Saúde da Família.” [E4]

Outros entrevistados salientam que a prevenção em saúde deveria partir, também, dos próprios usuários do serviço, o que de fato não acontece. Salientam ainda a dificuldade em convencer os pacientes em realizar acompanhamento constante e do imediatismo dos mesmos em resolver seus problemas somente quando já em estado avançado de comprometimento:

“(...) a questão cultural, a questão de prevenção e promoção da saúde, é uma coisa que a população não faz, não tá acostumada, a gente teve muito a cultura muito curativa, de ir quando aquilo já tá... depois que abriu a ferida é que vai lá fazer o curativo, não faz a prevenção.” [E8]

“Para mim, o que prejudica na responsabilidade da população é a não adesão ao comprometimento com a sua saúde. Eles não aderem ao pré-natal, eles não aderem aos grupos, eles não aderem aos cuidados com a sua saúde. Então às vezes não somos nós, é a população que não adere, ela só vem até nós quando ela precisa de algo, quando ela precisa de uma receita, quando ela precisa de um remédio, mas ela não faz a parte dela, que é cuidar dela, que é prevenir, que é buscar uma orientação, que é seguir uma dieta, que é fazer uma atividade física, ela só quer que a gente resolva o de imediato que ela precisa, a longo prazo ela não adere ao tratamento da sua saúde.” [E5]

“Reforçando que eu acho que a questão é cultural e também é uma questão de desinformação. As pessoas são desinformadas, as pessoas ao invés de procurarem os canais competentes, os canais certos, muitas vezes levam aquilo para segundo plano e acabam deixando a coisa piorar. Então, os dois pontos que eu coloco são o cultural e a desinformação.” [E4]

Quando questionados sobre o que seria promoção em saúde, nenhum dos profissionais entrevistados se prontificou a falar. Visando facilitar a pergunta, reelaboramos a mesma, pedindo para que os mesmos indicassem ações de promoção em saúde que eram conduzidas na unidade e que eram vistas como benéficas para a população. Foi possível observar que, para eles, a promoção em saúde está muito atrelada à prevenção, sendo muitas vezes difícil a distinção entre ambas, como mostra a fala a seguir:

“A gente tinha grupo psicossocial, a gente tinha grupo educativo, a gente tinha grupo com as maiores demandas, que era hiper dia, a consulta individualizada no contexto PSF prevenção e promoção também é um bônus, não é uma coisa que é... deveria ser principal, a gente tinha sala de espera, a gente faz a busca ativa, informa o porquê da necessidade de ir, e mesmo na pandemia, a gente estar trabalhando com a pessoa que às vezes já está doente, por meio de tele consulta também a gente faz a prevenção, pro paciente não piorar do quadro de

diabetes. A gente faz a busca ativa do paciente de diabetes, dos hipertensos, já liga lá, faz a tele consulta, já passa as medicações, a gente passa a informações dos cuidados, que teve no caso da pandemia, de como se cuidar, o que era realmente que tinha que fazer a respeito né, o uso da máscara, a lavagem das mãos, o que funcionava, o que não funcionava, o que era fantasia, no que as pessoas podiam acreditar, então acho que isso é prevenção e promoção em saúde, é o que a gente falou lá no começo, é não esperar a pessoa adoecer, prevenir doenças e promover um ambiente saudável para a comunidade. Não sei explicar melhor que isso não, e é isso.” [E6]

Outro entrevistado acrescenta, já enfatizando que a promoção em saúde está relacionada a determinantes sociais de nível macro, o que interfere de forma direta, também, na saúde dos indivíduos:

“Eu quero completar, porque as falas até então foram voltadas pra nós enquanto instituição. Eu acho que promoção e prevenção em saúde, além disso tudo que foi falado, começa com condições dignas para todo cidadão, com direito ao acesso à saúde, à informação e com condições de vida dignas, condições culturais, sociais e financeiras. Sem esse outro lado também, eu acho que a promoção e a prevenção de saúde sempre serão falhas. Porque nós debatemos muito isso aqui, durante esse grupo, então eu acho que esse outro lado também precisa ser revisto, o lado da população brasileira como um todo, não só da população do bairro Jaraguá.” [E5]

5.2 Moradores do bairro Jaraguá

Quando questionados sobre os principais problemas de saúde identificados na população do bairro Jaraguá, o principal tema emergido foi a dificuldade de acesso a consultas especializadas, exames e atendimentos de urgência e hospitalares na Rede. As falas a seguir exemplificam esse achado:

“Fora a espera que a gente vai na consulta, o médico pede um especialista, igual, tem dois anos que eu to esperando a consulta com o ortopedista. O exame de coração, acho que já vai fazer três anos que eu to esperando, então assim, a demora é muito longa, então se a gente não pagar o exame particular, você nunca vê o médico, né.” (E6)

“Eu acho que pode tá ajudando aqui o bairro Jaraguá é a área de abrangência, eu acho que pode ser aumentada, porque tem muitos pacientes aqui da nossa área, aqui do Jaraguá mesmo, que só em algumas ruas que a unidade atende.” (E2)

“Mesmo antes da pandemia a UAI é um fracasso, eu acho que todas, para regular pacientes que precisam de cirurgia de urgência mesmo e emergência para os leitos da universidade federal de Uberlândia.” (E8)

Por outro lado, foi indicado um problema do bairro com potencial implicação na saúde da população, sendo a presença de pragas e vetores.

“(...) uma questão que eu observo aqui e que nos afeta muito e que a gente não consegue muito bem dimensionar, é a presença das pragas, né, por exemplo, volta e meia aqui, um conhecido ou outro, e até mesmo na minha residência, já me deparei com lacraia, às vezes escorpiões, tive até recentemente o relato de uma pessoa com serpente (...).” (E7)

Nesta categoria, um dos entrevistados indicou qual seria o papel do CEJAR para realizar tal ação em saúde, indicando o tema ‘conhecer a população assistida’:

“(...) uma das formas de se prevenir é conhecer primeiro essa população, e eu acho que um dos papéis que a unidade de saúde aqui pode ajudar nesse processo todo é fazendo o que se chama de cadastramento. (...). Então eu penso que, fazer um processo de reconhecimento dessa comunidade, com um cadastro bem-feito, inclusive mobilizando esse seguimento, eu acho que é uma boa forma de dar um primeiro passo para a prevenção.” [E7]

Outro entrevistado indica qual seria o papel da população do bairro Jaraguá na prevenção em saúde, levantando o tema ‘cuidado com as ruas e residências’, como indica a fala a seguir:

“Eu penso assim, que eu como população, o que eu entendi é o que eu posso fazer como parte para ajudar em prevenção. A gente tá vendo chuvas aí, a gente tá vendo que estamos passando pelo Covid, também tem o caso da dengue. O que eu posso fazer para prevenir esse tipo de doença? Eu tenho que olhar o meu imóvel, o meu quintal, como ele está, se eu puder ver na rua, também, fazer a minha parte pra que eu possa prevenir pra que isso não venha a me atingir, pra que eu não possa procurar o posto de saúde, porque agora, no momento, eles estão muito sobrecarregados com a questão da covid.” [E1]

Este mesmo entrevistado completa sua fala dizendo que a prevenção em saúde é uma forma de não sobrecarregar o sistema de saúde local:

“E eu, como população, o que posso fazer também pra não chegar na situação de ter que tá totalmente procurando o postinho?” [E1]

Dando sequência ao papel da população na prevenção em saúde, um entrevistado reitera que é importante que os usuários do CSE Jaraguá deem continuidade aos tratamentos realizados na unidade:

“Só que às vezes o médico faz uma solicitação de exames, por exemplo,

e a pessoa não faz a parte dela, ela nem volta ao médico, nem pra saber o resultado dos exames, né, isso aí poderia ser até mesmo uma forma preventiva, né, e eles às vezes não se importam muito com isso.” [E2]

Com relação à categoria ‘promoção em saúde’ e qual seria o papel do CEJAR e da população do bairro, foi possível observar que os entrevistados têm consciência do que se trata a promoção em saúde, levantando como tema ‘acesso à saúde’:

“Eu acredito que a promoção à saúde é a questão de conseguir dar o acesso à saúde para todo mundo, né, que aqui, no caso, seria para a comunidade do Jaraguá. (...). Eu acredito que por parte do posto, é a conscientização e, talvez, alguma forma de disseminar ‘olha, o posto tá atendendo isso, o posto faz isso’... e a população também ir falando ‘nossa, eu fui lá no posto, e consegui fazer isso’... e eu acho que a partir daí, de boca em boca, né, que eu acho que a gente consegue essa promoção da saúde, tanto da parte do posto quanto da parte da população.” [E4]

5.3 Atores sociais do bairro Jaraguá

Quando questionados sobre quais seriam os principais problemas de saúde da população do bairro Jaraguá, os atores sociais do bairro souberam indicar, de forma direta, doenças que consideram afetar parte da população, sendo citadas sobretudo as de ordem psicológica. O tema ‘doenças crônicas’ é exemplificado pela fala a seguir:

“(...) a partir da nossa igreja, e eu tenho visto assim muita depressão, uma realidade que precisa ser olhada com mais carinho, vejo muitas pessoas com problema de fibromialgia, essa realidade também, eu não sei se o posto de atendimento trata especificamente dessa realidade. E depressão, né, eu acho que depressão é uma realidade em todos os lugares da cidade, principalmente pela situação de hoje, dessa pandemia, é uma situação que muitas pessoas estão passando, pânico, síndrome de pânico, são coisas que precisam ser vistas com mais atenção.” [E3]

Por outro lado, um dos entrevistados indicou, em sua fala, o que considera ser necessário para que tais problemas de saúde possam ser sanados no CEJAR:

“(...) o que eu penso, nós poderíamos ter ali um pronto atendimento, por exemplo, nesses casos, alguma pessoa passando mal, estilo UAI, mas claro que com o horário reduzido, né, porque o UAI é 24 horas, e o nosso postinho tem o horário de abrir e de fechar, então, focar, talvez, nesse quesito de pronto atendimento.” [E5]

Quando questionados sobre o que poderia ser feito para a melhoria da condição de saúde da população do bairro Jaraguá, um dos entrevistados trouxe a necessidade de se conhecer e ter uma relação próxima com a população assistida, o que, de certa forma, se traduz como tema

‘vínculo entre o serviço de saúde e os usuários’:

“Agora com relação à população, eu acho que o postinho deve tomar uma metodologia após a pandemia, principalmente, de entrar em contato com a população, uma pesquisa, acho que essa é a palavra, uma pesquisa física, pessoal, com a população, pra saber exatamente o mais afetou após a pandemia, tanto o psicológico, emocional, físico... e dar a entender à população que existe um posto de saúde no bairro que pode os ajudar em qualquer situação em respeito à saúde.” [E4]

Quando questionados sobre o que seria a prevenção em saúde e o papel da população e do CEJAR para se prevenir o adoecimento, os entrevistados ressaltaram a necessidade de um acompanhamento frequente no CEJAR, buscando consultas periódicas para o controle de condições crônicas. É interessante observar, também, que o cadastramento dos usuários é um tema levantado pelos entrevistados como forma de conhecer a população:

“Em termos de doenças antigas, que seria a diabetes, a pressão alta, e outras doenças mais antigas, existe já um acompanhamento no dia a dia para as pessoas do bairro que têm esses problemas, e é o que eu disse, esse acompanhamento é de suma importância, a partir do momento que você conhece uma pessoa, você é atendido por um médico do posto, essa pessoa tem uma continuidade do tratamento, que é diferente dos outros postos de saúde de atendimento da cidade.” [E1]

“Eu acho que esta questão de que pode ser melhorada, no sentido do próprio posto ter um cadastro né, e eu não sei se é possível, mas um cadastro de cada realidade que as pessoas estão enfrentando e ter um acompanhamento com essas pessoas, seja com um agendamento de consulta (...).” [E3]

No que diz respeito à promoção da saúde, mais uma vez os entrevistados salientaram a necessidade de, primeiramente, se conhecer a população coberta pelo CSE Jaraguá e suas principais necessidades em saúde para, posteriormente, desenvolver ações de promoção adequadas à essa população, de forma específica.

Ademais, citam, de forma correta, que a promoção em saúde parte do acesso a informações, citando através de quais meios essas informações podem ser transmitidas à população, incluindo grupos religiosos e o comércio local:

“Eu acho que pra promover a saúde, é um trabalho de informação, essa pesquisa eu acho que é importante, mas eu acho que pode ser usada uma estratégia, como disse, a partir dos comércios, das igrejas, e outras coisas dentro do bairro, para estimular o cuidado com a saúde no dia a dia, são situações que o postinho pode informar, não sei quais que são os cuidados que um diabético tem que ter, os cuidados que um homem tem que ter com a sua saúde, e isso pode ser exposto a partir das igrejas, dos comércios, situações que tanto podem ser feitos por rede social como também por encarte, que vamos promover uma

melhora.” [E3]

A análise dos grupos focais revelou grande variedade nas respostas, quando comparados os grupos realizados com profissionais do CEJAR, com moradores do bairro Jaraguá e com atores sociais do Bairro Jaraguá. Esta grande variabilidade nos temas levantados mostra a importância de se escutar as demandas e anseios de diferentes grupos sociais dentro de uma mesma comunidade.

Para a categoria ‘problemas de saúde da população’, um dos temas levantados pelos profissionais do CEJAR foi a relação entre condições socioeconômicas e o acesso a serviços de saúde. Esta relação já vem sendo discutida na literatura, indicando que indivíduos com piores condições socioeconômicas tendem a ter maior dificuldade no acesso a serviços de saúde. Nunes et al. (2014) conduziram um estudo observacional de base populacional que teve como objetivo avaliar desigualdades no acesso, utilização e qualidade da atenção à saúde associadas a características socioeconômicas. Neste estudo, falta de acesso e o maior tempo na fila de espera por uma consulta foram mais frequentes entre os mais pobres. Em uma revisão sistemática conduzida por Almeida et al. (2017) que teve como objetivo analisar a associação entre características socioeconômicas e acesso ou utilização de serviços de saúde entre idosos, os autores observaram menor uso de serviços de saúde e problemas de acesso em idosos com menor renda e escolaridade, variando em maior ou menor grau de acordo com o país e com o tipo de serviço utilizado.

Ainda no tema ‘acesso’, os profissionais do CEJAR e os moradores do bairro Jaraguá relataram como problema a dificuldade de acesso a consultas especializadas, destacando que, muitas vezes, ficam sem o tratamento adequado ou arcam com consultas particulares. A dificuldade de acesso a consultas especializadas é relatado no estudo de Silva et al. (2017). Os autores reiteram que algumas características do sistema de saúde brasileiro contribuem para a dificuldade de garantia de acesso na atenção de média complexidade no SUS, sobretudo características relativas à organização do sistema, ao financiamento em saúde, à disponibilidade de profissionais médicos especialistas e à relação com o setor privado.

Já na categoria ‘prevenção em saúde’, embora o tema ‘limitação cultural/socioeconômica’ tenha emergido, chama a atenção os temas ‘conhecer a população assistida’, ‘vínculo com a população assistida’ e ‘Agentes Comunitários de Saúde’, elencados em todos os três grupos focais. Na equipe de saúde, o agente comunitário é o trabalhador que se caracteriza por ter o maior conhecimento empírico da área onde atua: a dinâmica social, os valores, as formas de organização e o conhecimento que circula entre os moradores. Esse conhecimento pode facilitar o trânsito da equipe, as parcerias e articulações locais. Neste

sentido, o conhecimento da população assistida parte do ACS, que não somente conhece as necessidades daquela população, como também atua como ator chave no vínculo construído entre a população e os serviços de saúde, o que se traduz em um acompanhamento periódico do usuário e maior prevenção em saúde (BORNSTEIN et al., 2008).

É interessante ressaltar que os próprios usuários do sistema, representados pelos moradores do bairro Jaraguá, reconhecem que a prevenção em saúde é uma forma de não sobrecarregar o sistema de saúde local. Já os atores sociais ressaltam a importância das consultas periódicas para o controle de condições crônicas, destacando seu conhecimento sobre as grandes taxas de acometimento das DCNT e a prevenção como forma de controle da doença, mas, também, como forma de não depender de atenção hospitalar.

No que diz respeito à categoria ‘promoção em saúde’, foi possível observar que, embora todos consigam construir um entendimento sobre o que seja promoção, ainda se vincula muito esta à prevenção em saúde. A promoção da saúde, como vem sendo entendida nas últimas décadas, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

CONCLUSÕES

A partir da aplicação do método misto de pesquisa, utilizando a abordagem qualitativa complementar à análise quantitativa dos dados dos indivíduos do bairro Jaraguá atendidos no CEJAR, foi possível observar que as demandas apresentadas pelos indivíduos são comuns à demandas observadas em outras realidades. As doenças crônicas são prevalentes, e grandes são as dificuldades de se conseguir atendimento especializado a partir de encaminhamentos realizados pela atenção primárias.

Os resultados desta pesquisa apontam para algumas prioridades, que devem ser incluídas no Plano Local de Saúde, a ser desenvolvido anualmente. O mais importante é planejar ações que atendam as reais demandas de saúde da população. Para conhecê-las, a Unidade de Saúde pode estabelecer inquéritos populacionais, organizar escuta qualificada da população no consultório ou na sala de espera, ouvir as entidades da sociedade civil que representam a população. Além de todas essas formas de buscar conhecer a situação de saúde da população, que não se relaciona somente às doenças, a unidade de saúde pode analisar os dados do prontuário eletrônico dos pacientes, além dos cadastros do SUS.

As análises do cadastro familiar mostraram que a maioria das residências cadastradas são casas, próprias ou alugadas, com paredes revestidas, com rede de esgoto e coleta de lixo. No que diz respeito aos indivíduos cadastrados, em sua maioria são brancos ou pardos, com ensino fundamental ou médio, sendo empregados ou aposentados. Poucos são os que relataram possuir plano de saúde privado, o que indica grande percentual da população dependente do sistema público de saúde. Ademais, muitos dos entrevistados relataram sobrepeso, hipertensão arterial, diabetes, fazerem uso de álcool e tabaco, o que indica uma demanda por cuidado continuado pela população.

A análise espacial indicou diferenças relevantes entre as microáreas avaliadas, o que sugere a necessidade de planejamento das ações de saúde com base nas especificidades da situação de saúde da população de cada microárea, com atenção especial às áreas de populações com maior vulnerabilidade social.

As análises de situação de saúde através dos grupos focais revelaram percepções diferentes dos diferentes grupos populacionais avaliados. Entretanto, doenças crônicas se mostraram uma preocupação de todos, além da necessidade de se conhecer a população assistida para se fazer um planejamento e cuidados direcionados às suas necessidades. Foi unânime entre os três grupos focais, profissionais de saúde, usuários do SUS e informantes

chave, que para que o CEJAR consiga cumprir o preceito constitucional de que “todos têm direito a saúde” e o princípio do SUS de integralidade na atenção à saúde, a unidade deveria ser convertida rapidamente em uma UBSF, com agentes comunitários de saúde, estabelecendo maior vínculo entre os profissionais de saúde e a população.

A situação de saúde da população do Jaraguá está fortemente relacionada às condições materiais de existência, com graus variados de vulnerabilidade social. O CEJAR deve se atentar para esse fato, buscando não só estabelecer ações de assistência e tratamento das doenças, mas também ações de promoção da saúde, com intersetorialidade, em parcerias com as instituições públicas e privadas na área da educação, esporte, meio ambiente, desenvolvimento social, segurança pública e geração de renda.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. P. S. C.; et al. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. **Revista de saúde pública**, v. 51, p. 50, 2017.
- BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BAHIA, L.; et al. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 951-965, 2006.
- BORNSTEIN, V.J.; STOTZ, E.N. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 457-480, 2008.
- BRASIL. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.
- BRASIL. **Asis - Análise de Situação de Saúde**. Universidade Federal de Goiás/Ministério da Saúde, Brasília: 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>>. Acesso em: 10 de agosto de 2020.
- BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, p. 163-177, 2000.
- CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES [site]. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 20 de julho de 2020.
- CÂMARA, G. et al. Introdução à ciência da geoinformação. **Introdução à Ciência da Geoinformação**, 2001.
- CÂMARA, G.; JR, C. A. D. 4 Modelos espaço-temporais. 2005.
- CASTRO, M.C.; MASSUDA, A.; ALMEIDA, G.; MENEZES-FILHO, N.A.; ANDRADE, M.V.; SOUZA NORONHA, K.V.; ROCHA, R.; MACINKO, J.; HONE, T.; TASCA, R.; GIOVANELLA, L. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345-56, 2019.
- CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. **Planejamento Estratégico como instrumento de gestão e assistência**. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem: Programa Saúde da Família. São Paulo; 2001. p. 23-28.
- COSTA, N. D. R. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 21, n. 5, p. 1389-1398, 2016.
- ENVIRONMENTAL SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE. **ArcMap 10.2** Redlands CA,

2013.

FACULDADE DE MEDICINA – FAMED. Universidade Federal de Uberlândia. Residência Uni e Multiprofissional [site]. Disponível em: <<http://www.famed.ufu.br/pos-graduacao-lato-sensu/residencia-uni-e-multiprofissional>>. Acesso em: 15 de agosto de 2020.

HARZHEIM, E., STARFIELD, B., RAJMIL, L., ÁLVAREZ-DARDET, C., STEIN, A. T. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1649-1659, 2006.

IBGE. Conheça cidades e estados do Brasil. Uberlândia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/uberlandia/panorama>>.

JESUS, W.L.; ASSIS, M.M. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 161-70, 2010.

KAMIMURA, Q. P. **Microrregionalização: uma proposta metodológica, organizacional e estratégica para os serviços de saúde de alta e médica complexidade no Litoral Norte Paulista**. [Dissertação]. Taubaté: Universidade de Taubaté; 2004.

KRUGER, D. J.; BRADY, J. S.; SHIREY, L. A. Using GIS to Facilitate Community-Based Public Health Planning of Diabetes Intervention Efforts. **Health Promotion Practice**, v. 9, n. 1, p. 76–81, 2008.

LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; BOUSQUAT, A.; SILVA, E. V. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1, p. 52-66, 2018.

MALTA, D. C.; et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

MALTA, D. C.; et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190030, 2019.

MENDONÇA, I.; GOMES, M. F. Grupo focal: instrumento de coleta de dados na pesquisa em educação. **Cad. Ed. Tec. Soc.**, v.10, n.1, p. 52-62, 2017.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec Editora. 2014.

MÜLLER, E.P.L.; CUBAS, M.R.; BASTOS, L.C. Georreferenciamento como instrumento de gestão em unidade de saúde da família. **Rev bras enferm**, v. 63, n. 6, p.978-82, 2010.

NARDI, S. M. T., PASCHOAL, J. A. A., PEDRO, H. D. S. P., PASCHOAL, V. D., SICHIERI, E. P.. Geoprocessamento em Saúde Pública: fundamentos e aplicações. **Revistado Instituto Adolfo Lutz**, v. 72, n. 3, p. 185-91, 2013.

NUNES, B. P.; et al. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 968-976, 2014.

PAIVA DIAS, L.; PAIVA DIAS, M. Avaliação dos fatores relacionados à não adesão à segunda dose da vacina H1N1 em um centro de saúde-escola. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 15, n. 51, p. 34-45, 2017.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Editora Fiocruz, 2008.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-97, 2011.

PEREIRA, J. G.; FRACOLLI, L. A. Acolhimento e reorganização das práticas em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 14, Supl 1, p. 23, 2005.

QUEIROZ, R. S.; VALENTE, G. S. C. Diagnóstico situacional em unidade básica de saúde: contribuições para o campo da saúde coletiva. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, p. 88-26, 2019.

REIS, S. G.O; ZANINELLI, T.B. Aplicação da técnica de grupo focal: relato de experiência. **Revista CESUMAR**, jul./dez. 2018, v. 23, n. 2, p. 291-307.

SANTANA, M. L. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. **Rev bras med fam comunidade**, v. 6, n. 19, p. 133-41, 2011.

SANTOS, L. C. **Diagnóstico Situacional da Unidade Básica de Saúde Barreiro de Cima**. Trabalho apresentado ao Grupo Tutorial Barreiro de Cima do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010, 62 p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS. Prefeitura de Uberlândia. **Plano Operativo. Convênio nº 252/2017 – Ano 2019**. Uberlândia. 2019. 30 p.

SILVA, C. R.; et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1109-1120, 2017.

SILVA, D. L. M.; VIEIRA, S. S. Planejamento Estratégico Situacional em Saúde: Um Desafio no Gerenciamento de uma Unidade Básica de Saúde em Paulo Afonso – BA. **Idonline Revista de Psicologia**, ano 9, n. 26, Supl. Esp., 2015.

SILVA, J. R. S.; ASSIS, S. M. B. Grupo focal e análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica qualitativa em pesquisas no distúrbio do desenvolvimento. **Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v.10, n.1, p.146-152, 2010.

SMITH M. J.; GOODCHILD M. F.; LONGLEY P. A. **Geospatial Analysis: A Comprehensive Guide to Principles, Techniques and Software Tools**. Second Edi ed.

Leicester: th winchelsea Press., 2007.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 361-378, 2018.

UFU – Universidade Federal de Uberlândia. Hospital de Clínicas e Uberlândia. Centro de Saude Escola Jaragua.. Setor de Estatísticas e Informações Hospitalares. **Atendimentos Realizados no Centro de Saúde Escola Jaraguá**. Disponível em <<http://www.hc.ufu.br/hc-numeros/2016/atendimentos-realizados-centro-saude-escola-jaragua>>. Acesso em 01 dez 2019].

WOLCOTT, H. F. **Transforming qualitative data: description, analysis, and interpretation**. Londres: Sage Publication; 1994.

ZACHARIAS, M. O.; DE OLIVEIRA, S. V.; SOARES, L. S. Residência de Medicina de Família e Comunidade em uma Unidade Básica de Saúde Tradicional. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 2, 2020.

APÊNDICE 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa em desenvolvimento do Mestrado em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia. Este estudo está sendo coordenado pelo Professor Samuel do Carmo Lima e envolve o levantamento das impressões pessoais dos servidores do Centro de Saúde Escola Jaraguá, dos seus usuários e dos atores sociais do bairro Jaraguá (Uberlândia, MG) sobre o perfil da população atendida e suas necessidades em saúde. Este levantamento faz parte de uma pesquisa que visa, como produto final, a elaboração de um Plano Local de Saúde.

A sua participação é muito importante para nós. No entanto, é inteiramente voluntária e você está livre para recusar. Garantimos, que seu nome não será utilizado em nenhuma publicação ou material relacionado ao estudo e os dados coletados serão utilizados somente para este fim. Você pode pedir maiores esclarecimentos sobre a pesquisa quando achar necessário e reforçamos que não existem respostas certas ou erradas durante os grupos focais, somente opiniões.

Caso seja de seu interesse participar deste levantamento, favor assinar o termo de Consentimento abaixo.

Persistindo alguma dúvida a respeito dos seus direitos como participante desta pesquisa, você poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa – COEP/UFU. Av. João Naves de Ávila, 2121 – Bloco 1A - 2º andar - Sala 224 – Campus Santa Mônica, fone: (34)3239-4131.

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa “SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DO BAIRRO JARAGUÁ – UBERLÂNDIA, MG”.

Declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa, estando ciente que os resultados poderão ser divulgados através de artigos científicos. Declaro também, que me foi assegurado o direito de não identificação e de confidencialidade de minhas respostas e que tive a oportunidade de fazer perguntas relativas ao objetivo e a todos os procedimentos relacionados ao estudo, assim com, me foi garantido o direito de desistir em qualquer etapa.

Uberlândia, ____ de _____ de _____

Entrevistado

Pesquisador

ANEXO 1**Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO ATENDIDA PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UMA UBSF DE UBERLÂNDIA - MG

Pesquisador: Samuel do Carmo Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30765120.7.0000.5152

Instituição Proponente: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.082.619

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise de respostas que os pesquisadores apresentaram às pendências apontadas no parecer consubstanciado número 4.012.332, de 06 de Maio de 2020.

Apresentação:

Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa/qualitativa, que será desenvolvido na UBSF Jaraguá, do Centro de Saúde Escola Jaraguá, da Universidade Federal de Uberlândia.

Nesta perspectiva, o projeto contempla a avaliação da UBSF; das condições de saúde da população; apreciação situacional e elaboração de Proposta de Plano de Saúde Local.

A população será constituída por indivíduos adultos que são atendidos na região do Centro de Saúde Escola Jaraguá, de ambos os sexos.

Continuação do Parecer: 4.082.619

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1448038.pdf	03/06/2020 20:50:32		Aceito
Outros	Respoa_PendenciaCEP.pdf	03/06/2020 20:50:17	Samuel do Carmo Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEPNovo.pdf	03/06/2020 20:49:28	Samuel do Carmo Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2020.docx	03/06/2020 20:49:05	Samuel do Carmo Lima	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoCEP_Novo.pdf	13/04/2020 21:30:45	Samuel do Carmo Lima	Aceito
Outros	LinkCurrLattes.doc	06/03/2020 12:09:15	Samuel do Carmo Lima	Aceito
Outros	AutorizacaoInstCopartic.pdf	06/03/2020 12:08:54	Samuel do Carmo Lima	Aceito
Outros	InstrumentoGrupoFocal.pdf	06/03/2020 12:08:16	Samuel do Carmo Lima	Aceito
Outros	TermoEquipeExec.pdf	06/03/2020 12:07:41	Samuel do Carmo Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLANDIA, 10 de Junho de 2020

Assinado por:
Karine Rezende de Oliveira
(Coordenador(a))