

# Projeto Qualifica *APSUS* Ceará

## Oficina 2

Processos Básicos  
da Atenção Primária à  
Saúde: Territorialização,  
Cadastramento e  
Diagnóstico Local



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Saúde*

# Projeto Qualifica *APSUS* Ceará

## Oficina 2

Processos Básicos  
da Atenção Primária à  
Saúde: Territorialização,  
Cadastramento e  
Diagnóstico local



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
*Secretaria da Saúde*

**Governador do Estado do Ceará**

Camilo Sobreira de Santana

**Secretário da Saúde do Estado do Ceará**

Henrique Jorge Javi de Sousa

**Secretário Adjunto**

Marcos Antônio Gadelha Maia

**Secretária Executiva**

Lilian Alves Amorim Beltrão

**Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde**

Francisco Ivan Rodrigues Mendes Júnior

**Núcleo de Atenção Primária**

Mariluce Dantas Soares

**Coordenação do Projeto QualificaAPSUS Ceará**

Carmem Cemires Bernardo Cavalcante

**Consultora**

Maria Emi Shimazaki

## PROJETO QUALIFICAAPSUS CEARÁ

### **Equipe de Coordenação**

Carmem Cemires Bernardo Cavalcante  
Francisca Girlane Silva De Araújo  
Francisca Vilma de Oliveira  
Gizelda de Freitas Marinho  
Ivone Pereira Cavalcante Vieira  
Juliana Donato Nóbrega  
Maria de Lourdes Lopes Lima  
Maria Eurice Marques de Moraes  
Maria Josane Pereira  
Mariana Nunes Ferro Gomes  
Priscilla Cunha da Silva  
Renata Oliveira Leorne Dantas

### **Facilitadores Estaduais**

Aldenice Marques Lima  
Anatália Loiola de Oliveira Lima  
Anne Evelyn Gomes Serra  
Carmem Cemires Bernardo Cavalcante  
Célia Viana da Silva Brasileiro  
Cristiani Neves Feitosa  
Francisca Girlane Silva de Araújo

Francisca Vilma de Oliveira  
Gizelda de Freitas Marinho  
Ivanilda Fernandes Oliveira  
Ivo de Oliveira Leal  
Ivone Pereira Cavalcante Vieira  
Jose Silverio do Nascimento Junior  
Josiane Alves Dorneles  
Juliana Donato Nóbrega  
Katia Maria Alves dos Santos  
Lília Maria Gondim Muniz  
Liliane Maria Martins Porto  
Luana Kelly Oliveira Souza Mendonça  
Lúcia Vanda Benevides Castelo  
Maria Eurice Marques de Moraes  
Maria Josane Pereira  
Mariana Nunes Ferro Gomes  
Max Djano Cordeiro Rufino  
Priscilla Cunha da Silva  
Renata Oliveira Leorne Dantas  
Selma Antunes Nunes Diniz  
Vilalba Carlos Lima Martins Bezerra

## APRESENTAÇÃO

O modelo de gestão da oferta praticado no Sistema Único de Saúde (SUS) não gera valor para as pessoas usuárias porque tem seu foco na oferta de serviços e não nas necessidades de saúde da população. De fato, tal modelo preocupa-se fundamentalmente na organização dos serviços de saúde, com foco nas instituições prestadoras e não nas pessoas usuárias.

No modelo da gestão da oferta, a população resume-se a uma soma de indivíduos, sem criação de vínculos e responsabilidades entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias. Além disso, não envolve intervenções sobre determinantes sociais da saúde, nem se estabelece registros potentes das pessoas usuárias e nem parcerias entre profissionais de saúde e pessoas usuárias.

O esgotamento desse modelo exige outro modelo de gestão, denominado de gestão da saúde da população, que se estrutura a partir do conceito de saúde da população, implicando numa vinculação permanente de uma população, organizada socialmente em famílias, com a Atenção Primária à Saúde (APS).

Para tanto, faz-se necessário organizar alguns macroprocessos básicos da APS, tais como: a territorialização, o cadastramento das famílias, a classificação de riscos familiares, a vinculação da população às equipes de APS, a identificação de subpopulações com riscos individuais biopsicológicos e a estratificação de subpopulações por estratos de risco nas condições crônicas.

Definir uma população de responsabilidade sanitária e econômica, estabelecer um registro dessa população, conhecer profundamente os seus riscos sociais e sanitários, classificá-la em subpopulações segundo estratos de risco, elaborando um diagnóstico fidedigno, são a base da gestão da saúde da população.

Assim, a Oficina 2, que trata dos processos básicos, vai abordar territorialização, cadastramento e diagnóstico local, como ponto de partida para a construção social da Atenção Primária.

Esperamos que a abordagem possibilite a resignificação das práticas em relação a esses processos, com geração de valor aos participantes, por se tratar de seus territórios de responsabilidade sanitária e econômica.

**Equipe de Coordenação**

# OFICINA 02

## OS PROCESSOS BÁSICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### OBJETIVOS

A oficina tem como objetivo possibilitar a compreensão sobre os processos básicos da Atenção Primária à Saúde (APS), no que se refere à(ao):

- Territorialização
- Cadastramento da população adscrita ao território
- Diagnóstico local.

### PRODUTOS

Ao final do período de dispersão desta oficina, os participantes deverão desenvolver os seguintes produtos:

- Definição do território de cada equipe de APS, com as microáreas discriminadas
- Cadastramento dos cidadãos e suas famílias residentes no território, conforme o padrão estabelecido pelo e-SUS
- Diagnóstico local, discriminando o perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico

### PROGRAMAÇÃO

A programação da oficina está organizada em dois turnos com carga horária de 4 horas/aula cada, durante os quais serão realizadas atividades conforme os objetivos já apresentados.

O tempo estimado para cada atividade é apenas uma proposta. Poderá ser readequado de acordo com o ritmo de trabalho dos grupos, mas sem perder de vista a unicidade da turma.

Para o alcance dos objetivos propostos, a oficina conta com as seguintes atividades educacionais: exposições dialogadas, trabalhos em grupo e plenárias. A seguir, a programação proposta.

HORÁRIO	ATIVIDADES
8 às 8h15min	Recepção dos participantes e entrega do material
8h15min às 8h30min	Atividade 1 - Dinâmica de integração
8h30min às 9h	Atividade 2 – Relatos da atividade de dispersão da Oficina 1
9 às 9h15min	Atividade 3 - Exposição dialogada: Apresentação dos objetivos da Oficina
9h15min às 10h	Atividade 4 – Pannel de experiência exitosa: Territorialização, cadastramento e diagnóstico local
10 às 10h15min	Café com prosa (deslocamento para os grupos)
10h15min às 11h45min	Atividade 5 – Trabalho em grupo com plenária externa: A Territorialização
11h45min às 12h30min	Atividade 6 – Plenária do Trabalho em Grupo: A Territorialização
12h30min às 13h30min	Intervalo para almoço

HORÁRIO (CONT.)	ATIVIDADES (CONT.)
13h30min às 13h45min	Atividade 7 – Dinâmica de aquecimento nos grupos
13h45min às 15h45min	Atividade 8 – Trabalho em grupo com plenária externa: O cadastramento e o diagnóstico local
15h45min às 16h	Café com prosa (deslocamento para a plenária)
16 às 16h45min	Atividade 9 – Plenária do Trabalho em grupo: O cadastramento e o diagnóstico local
16h45min às 17h15min	Orientação para o período de dispersão
17h15min às 17h30min	Avaliação da Oficina
17h30min	Encerramento

## ROTEIRO DE ATIVIDADES

### MANHÃ

#### ATIVIDADE 1 DINÂMICA DE INTEGRAÇÃO (15min)

**DESCRIÇÃO:** A equipe de coordenação conduzirá uma dinâmica de integração para iniciar as atividades do dia.

#### ATIVIDADE 2 RELATOS DA ATIVIDADE DE DISPERSÃO DA OFICINA 1 (30m)

**DESCRIÇÃO:** Representantes dos municípios farão uma breve apresentação da atividade de dispersão da Oficina 1.

#### ATIVIDADE 3 EXPOSIÇÃO DIALOGADA: APRESENTAÇÃO DOS OBJETIVOS DA OFICINA (15 min)

**DESCRIÇÃO:** A equipe de coordenação fará uma breve apresentação dos objetivos da Oficina 2, abordando sua relação com as demais oficinas, as atividades pedagógicas, os produtos esperados e, principalmente, a influência das temáticas no cotidiano de trabalho das Equipes de Saúde da Família.

#### ATIVIDADE 4 PAINEL DE EXPERIÊNCIA EXITOSA: TERRITORIALIZAÇÃO, CADASTRAMENTO E DIAGNÓSTICO LOCAL (45min)

**DESCRIÇÃO:** Será compartilhada uma experiência municipal exitosa relacionada ao processo de territorialização, cadastramento e diagnóstico local.

#### ATIVIDADE 5 TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIA EXTERNA: A TERRITORIALIZAÇÃO (1h e 30min)

**DESCRIÇÃO:**

1 – Para esta atividade, a turma será dividida em grupos, respeitando-se à Unidade Básica de Saúde de procedência dos participantes. Assim, todos os trabalhadores de uma mesma Unidade ficarão juntos em um grupo. Dependendo da quantidade de pessoas, um grupo poderá ser formado por trabalhadores de duas ou mais Unidades. Depois de formado, o grupo permanecerá o mesmo durante a oficina.

2 - Cada grupo contará com o apoio de facilitadores que farão a mediação do trabalho em grupo.

3 – Como de costume, cada grupo deve eleger um coordenador e um relator para a atividade, lembrando que todos terão a oportunidade de exercer essas funções em algum momento. Para lembrar o papel desses atores, veja o Box a seguir:

**RESGATANDO O PAPEL DO COORDENADOR E DO RELATOR DO GRUPO**

O coordenador é responsável por monitorar o tempo indicado pelos facilitadores para as discussões do grupo e coordenar as atividades para a conclusão do trabalho proposto. Já o relator é responsável por sintetizar as ideias e discussões do grupo para apresentação em plenária, seja esta interna ou externa.

Registre aqui os participantes que exercerão as funções de coordenador(a): \_\_\_\_\_ e de relator(a): \_\_\_\_\_ nessa primeira atividade.

4 – Como a atividade requer a leitura e discussão de textos, seguem algumas orientações gerais sobre leitura coletiva.

**ORIENTAÇÕES PARA A LEITURA COLETIVA**

Recomenda-se uma leitura paragrafada, na qual cada participante faz a leitura de um ou mais parágrafos, entretanto é facultada aos que desejarem contribuir. É importante que seja realizada em voz alta para que todos acompanhem.

Cada participante deve destacar os termos desconhecidos ou parcialmente compreendidos, colocando-os para o grupo imediatamente após aparecerem no texto para que sejam esclarecidos. A responsabilidade em esclarecer os termos é compartilhada entre os membros do grupo e seus facilitadores. O relator deve registrar no papel madeira os termos identificados pelo grupo.

O registro do processo de trabalho do grupo deverá ser feito pelo relator em papel afixado na parede para que todos possam visualizar a produção coletiva.

5 – Compreendida as orientações, o grupo pode fazer a leitura do texto 1 a seguir:



## TEXTO DE APOIO 1: A TERRITORIALIZAÇÃO

O processo de territorialização constitui-se na definição dos diferentes espaços de vida das populações e que dão a base territorial para a constituição das redes de atenção à saúde.

Há, pelo menos, duas concepções de territórios sanitários:

- A primeira toma-o de forma naturalizada como um espaço físico que está dado e pronto; nessa concepção prevalecem os critérios geofísicos na construção de um território-solo;
- A segunda, derivada da geografia política e coerente com o conceito de espaço/população, vê o território como um processo em permanente construção, produto de uma dinâmica social nunca acabada, onde se relacionam sujeitos sociais situados na arena sanitária.

Essa última visão implica que o território sanitário, além de um território geográfico, é também, território cultural, social, econômico e político.

Cabe também diferenciar entre territórios político-administrativos e territórios sanitários. Os territórios político-administrativos são territórios de desconcentração dos entes públicos – Ministério e Secretarias de Saúde – que se definem a partir de uma lógica eminentemente política. Diferentemente, os territórios sanitários são territórios recortados pelos fluxos e contrafluxos da população de responsabilidade de uma rede de atenção à saúde, em suas demandas pelos serviços de saúde. Ademais, são espaços de responsabilização sanitária por uma população definida.

O foco da territorialização na Estratégia Saúde da Família (ESF) está em estabelecer dois territórios sanitários fundamentais:

- O território área de abrangência que é o espaço de responsabilidade de uma equipe da ESF;
- O território microárea que é o território de responsabilidade de um Agente Comunitário de Saúde (ACS).

No modelo tradicional de cuidados primários, o território da área de abrangência é construído a partir de todas as pessoas que vivem na área de responsabilidade de uma unidade de APS. Na ESF haverá tantos territórios de abrangência quantas são as equipes porque a função de responsabilização é imputada a cada equipe em relação às famílias adscritas.

O processo de territorialização envolve o levantamento do perfil territorial-ambiental (a geografia e ambiente, a delimitação do território da unidade da ESF num mapa, as vias de acesso e as características dos domicílios), do perfil demográfico, do perfil socioeconômico e do perfil institucional.

(1) Eugenio Vilaça Mendes. As redes de atenção à saúde. Brasília, OPAS, 2011.

6 – Após a leitura, preencham a Matriz 1 - Territorialização, respondendo às perguntas: quem, onde, quando e recursos necessários.

### MATRIZ 1 – TERRITORIALIZAÇÃO

<b>OBJETIVO</b>	<b>Realizar (ou atualizar) o processo de territorialização da área de abrangência da equipe, discriminando as microáreas.</b>
<b>RESULTADO ESPERADO</b>	<b>Territórios da área de abrangência da unidade, áreas de abrangência das equipes e microáreas delimitadas e caracterizadas.</b>

O que?	Como?	Quem?	Onde?	Quando?	Recursos necessários	Documentos de referência
Realizar alinhamento conceitual sobre o processo de territorialização com a equipe.	Discutir os textos de referência.					
Levantar os dados e documentos necessários para a atualização do processo de territorialização.	Levantar o mapa-base da área de abrangência da unidade, com a delimitação geográfica das áreas de abrangência das equipes e das microáreas.					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Livro: O cuidado das condições crônicas na APS (Mendes, 2012), p. 260</li> <li>• Roteiro para territorialização – Anexo 1</li> </ul>
	Levantar ou atualizar dados do perfil territorial-ambiental da área de abrangência.					
	Levantar ou atualizar dados do perfil institucional da área de abrangência					
	Mapear os equipamentos sociais, serviços de saúde e recursos comunitários existentes no território.					
	Realizar consulta às lideranças comunitárias da área de abrangência, identificando novos elementos relativos à comunidade.					

O que? (Cont.)	Como? (Cont.)	Quem? (Cont.)	Onde? (Cont.)	Quando? (Cont.)	Recursos necessários (Cont.)	Documentos de referência (Cont.)
	Realizar supervisão das atividades dos ACS					
	Levantar pendências do último processo de territorialização, relativas a correções não efetivadas, principalmente as que não dependem de novos recursos de estrutura (predial e pessoas), como, por exemplo, a melhor distribuição de famílias por ACS.					
Definir os territórios da área de abrangência da unidade, áreas de abrangência das equipes e microáreas.	Realizar discussão com a equipe para apropriação dos aspectos de relevância no território.					
	Identificar no mapa a residência das famílias com gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos de alto ou muito alto risco.					
	Identificar as correções necessárias para as microáreas, áreas de abrangência das equipes e área de abrangência da unidade, identificando aquelas que dependem ou não de mudanças da					

O que? (Cont.)	Como? (Cont.)	Quem? (Cont.)	Onde? (Cont.)	Quando? (Cont.)	Recursos necessários (Cont.)	Documentos de referência (Cont.)
	estrutura ou implantação de novas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou de contratação de pessoal.					
Definir as áreas de influência.	Identificar territórios descobertos ou de influência da Unidade, com estimativa da população e análise da utilização dos serviços da unidade.					

7 – O relator deverá sistematizar as discussões da matriz para apresentação em plenária.

#### ATIVIDADE 6

#### PLENÁRIA DO TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIA EXTERNA: A TERRITORIALIZAÇÃO (45min)

#### DESCRIÇÃO:

1 - Cada grupo terá um tempo determinado para apresentação da síntese da matriz proposta na atividade 5.

2 - O coordenador da plenária conduzirá a discussão e o fechamento da questão em estudo.

### TARDE

#### ATIVIDADE 7

#### DINÂMICA DE AQUECIMENTO NOS GRUPOS (15 min)

**DESCRIÇÃO:** A equipe de coordenação conduzirá uma dinâmica de aquecimento para iniciar as atividades da tarde.

#### ATIVIDADE 8

#### TRABALHO EM GRUPO: O CADASTRAMENTO E O DIAGNÓSTICO LOCAL (2hs)

#### DESCRIÇÃO:

1 - Cada grupo deve eleger um coordenador e um relator para a atividade, seguindo o mesmo critério desde o início, ou seja, participantes que ainda não tenham exercido essas funções. Registre aqui o nome das

peessoas eleitas para coordenador(a): \_\_\_\_\_ e relator(a): \_\_\_\_\_.

2 – Para realizar essa atividade, o grupo deve inicialmente ler o texto de apoio 2 a seguir.

## **TEXTO DE APOIO 2: O CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO E O CADASTRO FAMILIAR.**

O primeiro elemento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), e sua razão de ser, é uma população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. É isso que marca a atenção à saúde baseada na população, uma característica essencial das RAS.

Como se viu, as RAS, nos sistemas privados ou públicos organizados pela competição gerenciada, podem prescindir dos territórios sanitários. Mas não há possibilidades dessas redes, sejam privadas ou públicas, serem implantadas sem uma população adscrita. Assim, as RAS, nos sistemas públicos como o SUS, exigem a construção social de territórios/população.

A população de responsabilidade das RAS vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos socio sanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma RAS deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes. Mas não basta o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de risco e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas.

O conhecimento da população de uma RAS envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos socio sanitários; a vinculação das famílias à Unidade de APS/Equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas.

Na concepção de RAS, cabe à APS a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, o que implica não ser possível falar-se de uma função coordenadora dessas redes se não se der, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adscrita, estratificada em subpopulações e organizada, socialmente, em famílias.

O cadastro familiar tem o objetivo de conhecer as famílias adscritas às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo uma base importante para a construção de relações de vínculo entre a população e os profissionais de saúde da família.

O cadastro familiar é uma ferramenta fundamental para a ESF porque é a partir dele que se define a população que, organizada socialmente em famílias, se vinculará a cada equipe de saúde da família. Como se viu anteriormente, a população de uma RAS não é a população fornecida pelo IBGE, mas as pessoas que efetivamente vivem no território de responsabilidade de cada equipe da ESF. Assim, só com um bom cadastro familiar se poderá romper com um dos problemas centrais do SUS que é a gestão da oferta e se instituir, verdadeiramente, a gestão de base populacional.

Nesse aspecto manifesta-se também uma diferença fundamental entre o modelo tradicional de APS centrado na tríade de médicos especialistas, com o modelo da ESF. Os médicos especialistas, formados no paradigma flexneriano, um deles o do individualismo, tendem a trabalhar com indivíduos: indivíduos-criança, indivíduos-mulher e indivíduos-adulto. Já a equipe da ESF e, dentro dela, os médicos de família e comunidade, são formados numa perspectiva de trabalho com populações adscritas.

(2) Texto elaborado por Marco Antônio Bragança de Matos, 2015.

(3) Eugenio Vilaça Mendes. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, OPAS, 2012.

3 – Após a leitura, preencham a Matriz 2 – Cadastro familiar, respondendo às perguntas quem, onde, quando e recursos necessários.

**MATRIZ 2 – CADASTRO FAMILIAR**

<b>OBJETIVO</b>	Atualizar o cadastro da população da área de abrangência.
<b>RESULTADO ESPERADO</b>	Cadastro de 100% das famílias e indivíduos atualizado no e-SUS.

O que?	Como?	Quem?	Onde?	Quando?	Recursos necessários	Documentos de referência
Realizar alinhamento conceitual sobre o processo de cadastrament o familiar, caso seja necessário.	Discutir o texto de referência e os formulários de cadastro individual e familiar.					<ul style="list-style-type: none"> <li>• O cuidado das condições crônicas na APS (Mendes, 2012), p. 261.</li> <li>• Roteiro para cadastro familiar – Anexo 2.</li> </ul>
Realizar a vinculação pessoa - família – microárea no e-SUS.	Identificar as famílias por microárea.					
	Realizar, no e-SUS, a vinculação de cada integrante nas respectivas famílias e microáreas.					
Atualizar o cadastro familiar.	Verificar a última atualização do cadastro.					
	Realizar visita domiciliar para preenchimento do cadastro individual e domiciliar do e-SUS.					
	Estabelecer a rotina para atualização contínua do cadastro familiar, considerando					

O que? (Cont.)	Como? (Cont.)	Quem? (Cont.)	Onde? (Cont.)	Quando? (Cont.)	Recursos necessários (Cont.)	Documentos de referência (Cont.)
	uma atualização mínima anual e sempre que houver mudança significativa nos integrantes da família. Realizar supervisão das atividades dos ACS					
Elaborar o perfil demográfico da área de abrangência.	Levantar os dados cadastrais por faixa etária e sexo, por microárea e área de abrangência das equipes.					
	Realizar análise e discussão com a equipe.					
Elaborar o perfil socioeconômico da área de abrangência.	Levantar os dados cadastrais relativos à situação socioeconômica, focando nos itens necessários para a classificação de risco da família ou outros relevantes.					

4 – Dando continuidade, o grupo deve ler o texto de apoio 3 a seguir.

### **TEXTO DE APOIO 3: O DIAGNÓSTICO LOCAL – SÍNTESE.**

O Diagnóstico Local reúne todas as informações necessárias para que a equipe de saúde conheça o território e a população residente sob a sua responsabilidade.

É um processo estratégico que sistematiza as informações dos processos de territorialização e cadastro da população, constituindo a base para que a equipe possa programar as ações de saúde e, posteriormente, avaliar o impacto destas ações na situação de saúde.

5 – Após leitura, preenchem a Matriz 3 – Diagnóstico local, respondendo às perguntas quem, onde, quando e recursos necessários.

**MATRIZ 3 – DIAGNÓSTICO LOCAL**

<b>OBJETIVO</b>	Elaborar o diagnóstico local da área de abrangência.
<b>RESULTADO ESPERADO</b>	Diagnóstico local atualizado periodicamente.

O que?	Como?	Quem?	Onde?	Quando?	Recursos necessários	Documentos de referência
Sistematizar as informações para o diagnóstico local.	Identificar o território de responsabilidade da Unidade, delimitando a área de abrangência de cada equipe e as microáreas.					Roteiro para diagnóstico – Anexo 4: Produtos do processo de territorialização e cadastro familiar.
	Anexar cópia do mapa com os territórios delimitados e caracterizados.					
	Identificar e analisar o perfil territorial ambiental do território.					
	Identificar e analisar a estrutura de equipamentos sociais, serviços de saúde e recursos comunitários existentes no território.					
	Identificar e analisar o perfil demográfico, discriminando a pirâmide por faixa etária e sexo.					
	Identificar e analisar o perfil social e econômico da população residente no território.					



O que? (Cont.)	Como? (Cont.)	Quem? (Cont.)	Onde? (Cont.)	Quando? (Cont.)	Recursos necessários (Cont.)	Documentos de referência (Cont.)
	Identificar e analisar o perfil epidemiológico da população.					
Realizar análise situacional final.	Realizar uma síntese analítica dos dados coletados, apontando as potencialidades e os principais problemas de saúde identificados.					

6 – O relator deverá sistematizar as discussões das duas matrizes para apresentação em plenária.

## ATIVIDADE 9

### PLENÁRIA DO TRABALHO EM GRUPO: O CADASTRAMENTO E O DIAGNÓSTICO LOCAL (45min)

#### DESCRIÇÃO:

1 - Cada grupo terá um tempo determinado para apresentação da síntese da matriz proposta na atividade 5.

2 - O coordenador da plenária conduzirá a discussão e o fechamento da questão em estudo.

## 5 - ORIENTAÇÃO PARA O PERÍODO DE DISPERSÃO

### 5.1 - Dispersão

O período de dispersão é o intervalo entre as oficinas, destinado tanto ao compartilhamento dos conteúdos com todos os membros de cada equipe e conselhos locais de saúde, bem como à realização dos produtos propostos. O intervalo entre as oficinas será em torno de 30 a 40 dias.

### 5.2 - Tutoria

Nesse período, as Equipes de Saúde da Família (EqSF) contarão com o apoio de tutores. O papel do tutor é acompanhar as equipes no período de dispersão, dar o suporte à efetivação dos produtos e proceder à avaliação dos mesmos.

Ao final do período de dispersão, os tutores deverão encaminhar o conjunto dos produtos realizados por todas as equipes para a referência regional do município. Cabe a este ator no processo avaliar os produtos e prestar conta aos gestores municipais e estadual.

### 5.3 - Produtos

Com relação à Oficina 2, os produtos a serem desenvolvidos na dispersão são:

- Definição do território de cada equipe de APS, com as microáreas discriminadas.
- Cadastramento dos cidadãos e suas famílias residentes no território, conforme o padrão estabelecido pelo e-SUS.

- Diagnóstico local, discriminando o perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico.

#### 5.4 - Prazos

As equipes devem entregar ao tutor um relatório sobre os produtos antes da realização da próxima oficina. Os tutores, por sua vez, devem realizar uma análise dos produtos e encaminhá-los à referência regional, que fará uma sistematização para discussão na Comissão Intergestora Regional (CIR).

### 6 - ORIENTAÇÃO PARA O PERÍODO DE DISPERSÃO

Para a avaliação da oficina, serão pactuadas metas para os seguintes indicadores:

- Percentual de comparecimento dos profissionais e gerentes da APS às oficinas, por equipe, por município e o total;
- Percentual de produtos concluídos por oficina, por equipe, por município e o total;
- Percentual de aproveitamento dos profissionais e gerentes da APS nas oficinas, por equipe, por município e o total.

Já em relação à avaliação do participante, será distribuído um instrumento próprio para que cada pessoa possa compartilhar sua percepção sobre a Oficina 2.

## ANEXO 1

O processo de territorialização se desenvolve seguindo as fases descritas abaixo:

### 1. Fase preparatória

- 1.1 - Realizar discussões na equipe de saúde para compreensão do processo de territorialização.
- 1.2 - Definir as responsabilidades para cada uma das fases, envolvendo no levantamento de informações, principalmente os agentes comunitários de saúde e os profissionais mais velhos ou moradores da área de abrangência.
- 1.3 - Identificar a existência de plano diretor municipal, projetos/estudos/mapas urbanos que contenham a identificação do território e a malha viária.
- 1.4 - Adquirir um mapa-base do município ou das áreas já definidas, com escala para área urbana 1:5.000 ou 1:10.000 e para zona rural 1:25.000 ou 1:50.000.
- 1.5 - Realizar o levantamento de dados de fontes do próprio município, plano municipal de saúde, Atlas de Desenvolvimento Social da Fundação João Pinheiro (FJP), do IBGE, Cadernos de Saúde e Sala de Situação nos sistemas de informações do Ministério da Saúde sobre os aspectos geográficos, populacionais, econômicos, sociais, culturais e epidemiológicos.
- 1.6 - Analisar os dados levantados.

### 2. Fase de delimitação do território

- 2.1 - Considerar os seguintes critérios para delimitação ou revisão do território:
  - geográfico: barreiras, limites, áreas rurais;
  - risco ambiental;
  - densidade populacional;
  - aspectos políticos, econômicos (modo de produção, renda), sociais, culturais;
  - malha viária e meios de transporte;
  - equipamentos sociais;
  - pontos de atenção à saúde: UBS, centros de especialidades, consultórios/ambulatorios privados, hospitais, laboratórios, residências terapêuticas, pronto-atendimentos, dentre outros.
- 2.2 - Delimitar os limites do território da UBS, considerando os critérios citados.
- 2.3 - Caso já exista, revisar a caracterização do território delimitado da UBS considerando os mesmos critérios.

### 3. Fase de apropriação do território

- 3.1 - Sinalizar no mapa-base os limites definidos e as características do território.
- 3.2 - Realizar análise do conjunto de informações.
- 3.3 - Confirmar ou corrigir o território da UBS ou fazer a sua revisão, caso já exista.

### 3. Fase de consulta às lideranças comunitárias

- 4.1 - Mapear todos os representantes ou lideranças da comunidade local (informantes chaves) procurando envolvê-los no processo de territorialização.
- 4.2 - Realizar entrevistas para levantar informações sobre o território e a vida das famílias e da comunidade, aspectos geográficos, políticos, econômicos, sociais e culturais percebidos e de relevância para a comunidade.
- 4.3 - Indagar sobre fatores facilitadores ou dificultadores a respeito do trabalho desenvolvido pela equipe de saúde e o funcionamento da unidade de saúde (ver quadro: Entrevista com lideranças comunitárias).

(4) Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2010.

## 5. Fase de definição do território

5.1 - Definir a área de abrangência da UBS e suas respectivas microáreas.

A entrevista com as lideranças comunitárias é fundamental para o processo de territorialização. O objetivo é conhecer a percepção do usuário sobre o atendimento da equipe de saúde, que pode ser expressa como fatores facilitadores ou dificultadores, como proposto a seguir.

ITEM	FATORES FACILITADORES	FATORES DIFICULTADORES
1 - Localização e acesso à unidade		
2 - Horário de funcionamento		
3 - Informações prestadas por telefone		
4 - Manutenção e limpeza da unidade		
5 - Recepção e acolhimento na unidade: atitude relativa à cortesia, respeito, sensibilidade e simpatia, sala de espera		
6 - Tempo de espera para consultas programadas ou de urgência		
7 - Atendimento programado (consultas, grupos operativos e outros): duração do atendimento, habilidade do profissional		
8 - Lembretes aos usuários sobre atendimentos agendados ou programados e busca ativa em caso de falta		
9 - Atendimento em situações de urgência: tempo de espera, resolutividade		
10 - Atendimento na sala de vacina, farmácia e sala de curativo		
11 - Encaminhamento para consultas de especialidades		
12 - Realização de exames laboratoriais		
13 - Visitas domiciliares, ações preventivas, controle de zoonoses		
14 - Compreensão sobre a orientação feita após o atendimento, prescrição de medicamentos ou solicitação de exames		
15 - Satisfação com relação ao atendimento das necessidades do cidadão		

A caracterização da área de abrangência descreve os perfis territorial ambiental, demográfico, socioeconômico e institucional e define parte do diagnóstico local a ser realizado pela equipe de saúde.

## **PERFIL TERRITORIAL – AMBIENTAL**

Utilizar os dados coletados no processo de territorialização:

### **Território:**

- Localização urbana ou rural;
- Bairros localizados na área de responsabilidade, especificando se totalmente ou parcialmente incluídos;
- Distância do centro da cidade;
- Extensão territorial em km<sup>2</sup>;
- Maior distância entre a UBS e o limite do território.

### **Geografia e ambiente:**

- Descrição do relevo;
- Existência de rios ou córregos, especificando se canalizados ou em leito natural; lagos e represas, naturais ou artificiais;
- Existência de fontes de água naturais, especificando a sua utilização pela população circunvizinha;
- Barreiras geográficas.

### **Recursos existentes no território:**

- Pontos de atenção à saúde além da própria UBS: centros de referência/especialidades, consultórios/ambulatórios privados, hospitais, laboratórios, residências terapêuticas, pronto-atendimentos e outros.
- Equipamentos e serviços sociais existentes: escolas, creches, cursos profissionalizantes, associações, ambulatórios, hortas comunitárias etc.
- Áreas de lazer: campos de futebol, pistas para caminhada, parques etc.

### **Áreas de risco:**

- Áreas de risco ambiental: lixão; áreas sujeitas a deslizamento, soterramento ou inundação; fontes de poluentes (tipo, origem etc.) e outros riscos.
- Áreas de assentamentos e invasões;
- Áreas de aglomeração urbana: favelas, cortiços etc.
- Áreas rurais: número de comunidades, ponto de apoio, distância da UBS.

### **Urbanização – acesso:**

- Pavimentação das ruas e avenidas.
- Transporte público.
- Malha viária, rodovias, ferrovias.

### **Características dos domicílios:**

- Número de domicílios segundo o abastecimento de água: rede pública, poço ou nascente, outros.
- Número de domicílios segundo o tratamento da água no domicílio: filtração, fervura, cloração, sem tratamento.

- Número de domicílios segundo o destino de fezes e urina: sistema de esgoto (rede geral), fossa ou céu aberto.
- Número de domicílios com energia elétrica.
- Número de domicílios segundo o destino do lixo: coletado, queimado ou acumulado a céu aberto.

### PERFIL DEMOGRÁFICO

- População total.
- População segundo faixa etária e sexo.
- População que tem plano de saúde.
- Número total de usuários do SUS.

### PERFIL SOCIOECONÔMICO

- Número de chefes de família analfabetos.
- Número de famílias com renda familiar per capita inferior a R\$ 70,00 (setenta reais)<sup>(5)</sup>.
- Número de famílias sem acesso à pasta e à escova de dente, por área.
- Número de famílias segundo o grau de risco.

### PERFIL INSTITUCIONAL

- Histórico da UBS.
- Localização.
- Tipologia: PSF, PACS, Unidade Tradicional.
- Acesso à UBS: topografia e transporte urbano.
- Horário de atendimento.
- Recursos humanos: número de profissionais por categoria, carga horária semanal contratada, carga horária semanal cumprida, especialização ou residência em saúde da família, tempo de atuação na APS e tempo de atuação na UBS.
- Relação com os Conselhos Locais de Saúde, caso existam.
- Relação com as lideranças comunitárias.

## ANEXO 2 - O PROCESSO DE CADASTRO FAMILIAR <sup>(6)</sup>

### Objetivo:

Conhecer as famílias residentes nas áreas de responsabilidade das equipes de saúde, relacionando os seus integrantes, a situação de moradia e outras informações necessárias para a programação das ações de saúde.

### Metas:

Identificar e cadastrar 100% das famílias residentes na área de responsabilidade.

### Operacionalização:

O processo de cadastramento das famílias das áreas de abrangência da UBS se desenvolve seguindo as fases descritas no quadro abaixo.

(5) Fonte: Programa Bolsa Família, Ministério da Previdência e Assistência Social.

(6) Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2010.

## 1. Fase preparatória

- 1.1 - Realizar encontros preparatórios de toda a equipe para conhecimento:
  - do objetivo do cadastramento;
  - da sua função como instrumento de diagnóstico da situação de saúde e de programação de ações;
  - da sua função como instrumento de educação da família (as orientações a serem feitas à família, em geral e sobre cada um dos itens pesquisados).
- 1.2 - Apresentar e discutir a metodologia utilizada para o cadastramento, assim como o instrumento a ser aplicado.
- 1.3 - Discutir o formulário de cadastro padronizado pela SMS para aplicação junto às famílias e indivíduos do território.
- 1.4 - Elaborar o planejamento do cadastramento, envolvendo toda a equipe; identificando as microáreas definidas no processo de territorialização, seus respectivos responsáveis, os agentes comunitários de saúde e o número total e a relação de domicílios; e definindo o cronograma de visitas domiciliares.
- 1.5 - Esclarecer as lideranças locais identificadas no processo de territorialização e solicitar a sua colaboração em caso de dificuldade de acesso a alguma área ou domicílio.

## 2. Fase de execução

- 2.1 - Priorizar na primeira etapa do cadastramento as famílias moradoras de áreas de risco.
- 2.2 - Agendar previamente as visitas, de maneira a garantir o tempo e as condições adequadas para a realização da entrevista e a maior participação de outros familiares.
- 2.3 - Aplicar o formulário em uma ou duas visitas domiciliares.
- 2.4 - Iniciar a visita apresentando-se à família, esclarecendo a vinculação à UBS e esclarecendo o objetivo do cadastro.
- 2.5 - Entrevistar preferencialmente o responsável da família, com a participação de outros familiares sempre que possível.
- 2.6 - Indagar o entrevistado sobre cada um dos itens do formulário, de maneira objetiva, mas ao mesmo tempo acolhedora, deixando espaço para esclarecimentos sobre o significado e importância de cada aspecto e sobre as dúvidas que surgirem.
- 2.7 - Anotar as respostas nos campos específicos do formulário, estando atentos a registrar também as impressões, questionamentos e aspectos não previstos anteriormente, mas importantes para o conhecimento daquela família.
- 2.8 - Orientar a família sobre a utilização das informações para a programação e organização do serviço de saúde.
- 2.9 - Realizar também orientações de educação em saúde sobre as condições e problemas identificados, como relacionamentos familiares, cuidados com o recém-nascido e outras faixas etárias de risco, consultas de controle na UBS, armazenamento e administração de medicamentos, higiene do ambiente, acondicionamento do lixo etc.

## 3. Fase de utilização

- 3.1 - Lançar os dados do cadastro no e-SUS ou no Sistema de Informação Gerencial do município.
- 3.2 - Realizar momentos de apresentação e discussão da equipe sobre os dados coletados, para conhecimento da situação de saúde das famílias de cada microárea.
- 3.3 - Utilizar as informações para a classificação por grau de risco e para programação de ações necessárias para a melhoria da condição familiar.

## 4. Fase de atualização

- 4.1 - Atualizar o cadastro sempre que houver uma alteração importante da composição ou condição familiar.
- 4.2 - Considerar as mudanças dinâmicas do território que possam implicar alterações da base populacional, como obras viárias, conjuntos populacionais, assentamentos urbanos e outras.
- 4.3 - Realizar anualmente uma revisão completa do cadastro das famílias da área de abrangência.

## ANEXO 3 - O DIAGNÓSTICO LOCAL: SÍNTESE

O Diagnóstico Local reúne todas as informações necessárias para que a equipe de saúde conheça o território e a população residente sob a sua responsabilidade.

É um processo estratégico que sistematiza as informações dos processos de territorialização, cadastro e classificação de risco familiar e do dimensionamento da população alvo, constituindo a base para que a equipe possa programar as ações de saúde e, posteriormente, avaliar o impacto destas ações na situação de saúde.

### **Objetivo:**

Conhecer a população da área de abrangência da UBS, seu perfil epidemiológico e os fatores geográficos, demográficos, políticos, econômico-sociais, culturais e institucionais que influenciam na saúde dos indivíduos e da comunidade.

### **Metas:**

Traçar o perfil demográfico e epidemiológico da população residente na área de responsabilidade da equipe de saúde.

### **Operacionalização:**

- Toda a equipe de saúde deve ser envolvida no diagnóstico situacional, a partir do planejamento desse processo.
- Os dados devem ser coletados dos relatórios da territorialização e cadastro familiar e complementados com a classificação de risco das famílias e o dimensionamento da população alvo. Outros dados relativos aos indicadores dos sistemas de informação e a outros registros da própria unidade e da secretaria municipal de saúde poderão ser considerados.
- Organizar os dados por microárea, possibilitando um conhecimento mais preciso da sua população adscrita.
- Analisar os dados seguindo o roteiro da Tabela 2. Ele sugere uma leitura dos dados necessários avaliar o acesso à unidade de saúde, incluindo a percepção do líder comunitário entrevistado no processo de territorialização; a população de responsabilidade da equipe de saúde; as subpopulações com as condições crônicas prioritárias, relativas às redes prioritárias definidas no planejamento estratégico (gestante, criança, hipertenso, diabético, câncer de mama e colo de útero); e alguns determinantes sociais da saúde.
- Para alguns itens do diagnóstico, será útil a comparação com os parâmetros municipais ou outros disponíveis.
- Elaborar o documento final com o diagnóstico local da área de responsabilidade da equipe de saúde e repassá-lo para a coordenação central para a etapa de elaboração do diagnóstico municipal.



## ROTEIRO PARA O DIAGNÓSTICO LOCAL

ITEM DE ANÁLISE	DADOS	FONTE	OBSERVAÇÃO
Acesso	Distância máxima de um domicílio e a UBS.	Perfil geográfico – ambiental do relatório de territorialização.	Possibilita a identificação dos fatores dificultadores do acesso da população adscrita à UBS, a partir dos quais elaborar um plano de ação para melhoria do acesso.
	Barreiras geográficas ou de grande esforço.		
	Áreas de risco ambiental e/ou urbano.		
	Malha viária, pavimentação, transporte.		
	Proporção população / equipe.		
	Satisfação do usuário.	Entrevista às lideranças comunitárias.	
População adscrita.	População total.	Perfil demográfico – cadastro familiar.	Possibilita a gestão de base populacional: (i) estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos; (ii) implementar e monitorar as intervenções sanitárias relativas a essa população; (iii) prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas necessidades e preferências.
	População por sexo e faixa etária.		
	Classificação de risco das famílias.		
	População que tem plano de saúde.		
Determinantes sociais da saúde.	Número de domicílios	Perfil sócio econômico – cadastro familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilita a identificação de alguns dos elementos necessários para a classificação de risco, permitindo o monitoramento mais intenso das famílias de maior risco.</li> <li>• Possibilita o desenvolvimento de intervenções de promoção e prevenção.</li> </ul>
	Densidade família (média de integrantes por família)		
	Condições de moradia (proporção de moradias de tijolo/adobe)		
	Abastecimento de água (proporção de domicílios com abastecimento de água pela rede pública)		
	Destino de fezes e urina (proporção de domicílios com sistema de esgoto pela rede geral)		
	Destino do lixo (proporção de domicílios com sistema de coleta de lixo)		

ITEM DE ANÁLISE (CONT.)	DADOS (CONT.)	FONTE (CONT.)	OBSERVAÇÃO (CONT.)
	<p>Renda familiar (proporção de famílias cadastradas no Programa Bolsa Família)</p> <p>Escolaridade (proporção de chefes de família analfabetos)</p>	<p>Perfil geográfico – ambiental do relatório de territorialização.</p>	
<p>Subpopulações com condição de saúde estabelecida.</p>	<p>Estimativa da população alvo, total e por estrato de risco, e cobertura de atendimento das seguintes condições de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestante</li> <li>• Criança</li> <li>• Hipertensos</li> <li>• Diabéticos</li> <li>• Mulheres na faixa etária de rastreamento do câncer de mama e colo de útero.</li> </ul>	<p>Perfil epidemiológico: aplicação dos parâmetros de prevalência e cadastro na UBS (ver Tabela 2).</p>	<p>Possibilita a organização da atenção às condições de saúde mais prevalentes.</p>