



**Integração entre APS e VS: uma experiência de territorialização conjunta no município
de Nova Lima - MG**

Belo Horizonte

2020

Rafaela Fabiane Gomes

Integração entre APS e VS: uma experiência de territorialização conjunta no município de Nova Lima - MG

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Rose Ferraz Carmo

Belo Horizonte

2020

G633i

Gomes, Rafaela Fabiane.

Integração entre APS e VS: uma experiência de territorialização conjunta no município de Nova Lima - MG./Rafaela Fabiane Gomes. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2020.

30 f.

Orientador(a): Rose Ferraz Carmo.

Projeto de Intervenção (Especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. Territorialização. 2. Atenção Primária em Saúde. 3. Vigilância em Saúde. I. Carmo, Rose Ferraz. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WA 546

Rafaela Fabiane Gomes

**Integração entre APS e VS: uma experiência de territorialização conjunta no município
de Nova Lima - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas
Gerais, como requisito parcial para obtenção
do título de Especialista em Saúde Pública.

Aprovado em: 13 de fevereiro de 2020

Banca Examinadora

Adriana Alves de Andrade Melo Franco

ESP/MG

Paula Dias Bevilacqua

Instituto René Rachou / Fiocruz-MG

Belo Horizonte

2020

PREÂMBULO (MINHA TRAJETÓRIA)

Ser profissional da Saúde. Essa certeza sempre existiu em mim desde os primeiros pensamentos sobre que profissão seguir. A vida foi se encarregando de traçar os caminhos e cheguei à Universidade Federal de Ouro Preto, em 1999, para cursar Nutrição. Tive a felicidade de estudar numa Escola de Nutrição que tinha a Saúde Pública e o SUS como tema importante das discussões, o que fez despontar em mim uma paixão que só se fortalece a cada dia. Durante a graduação, participei de projeto de extensão que desenvolvia pesquisas e ações de educação alimentar e nutricional em cidades da região do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, e ali a certeza do caminho a seguir se tornou clara.

Finalizada a Graduação, fui aprovada em concurso público para cargo de Nutricionista da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Lima, em 2006. Iniciei minha atuação na Prefeitura, integrando a Equipe de Atenção Domiciliar, prestando apoio a todas as equipes de saúde da Atenção Primária até o ano de 2009, quando passei a fazer parte da primeira equipe de NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) do município. Permaneci no NASF desenvolvendo ações de educação permanente para as equipes de saúde e ações voltadas para os usuários (atendimentos individuais, grupos, visitas domiciliares) até agosto de 2017, sempre participando das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Conferências e das discussões dentro da Secretaria Municipal de Saúde. Fui convidada, ainda no ano de 2017, a integrar a equipe da Diretoria de Atenção Primária como apoio técnico, tendo como atribuições a revisão e confecção de protocolos, organização de ações de Educação Permanente e fomento a discussões de processo de trabalho, apoio à revisão da territorialização para redimensionamento das equipes de saúde e Referência Técnica de Alimentação e Nutrição.

A questão da territorialização foi definida por nós, da equipe da Diretoria de Atenção Primária, como prioridade. Iniciei os estudos com o objetivo de me aprofundar no tema e a possibilidade de participar da Especialização em Saúde Pública da ESP-MG se apresentou como a oportunidade de construir um processo de revisão da organização territorial da Atenção primária do município realizado de forma organizada, orientada e sustentável.

RESUMO

A Atenção Primária em Saúde (APS) e a Vigilância em Saúde (VS) têm o território como pilar da organização do seu processo de trabalho e historicamente vêm desenvolvendo suas ações baseadas em organização territorial distinta, dificultando a identificação ampla de elementos que exercem influência no processo saúde-doença da população e atuação de acordo com o princípio da integralidade. Com o objetivo de integrar ações, surgiu a proposta de territorialização conjunta entre APS e VS no município de Nova Lima - MG. O trabalho foi iniciado em janeiro de 2019 e a região escolhida foi o bairro Jardim Canadá, aproveitando a necessidade de nova territorialização da área pela APS em função do aumento da população adscrita, com conseqüente necessidade de implantação de uma nova equipe de Saúde da Família (eSF) e por ser um território geograficamente bem delimitado, facilitando o rearranjo de áreas e microáreas sem afetar as áreas de abrangência vizinhas. A conformação dos territórios de atuação da APS e VS no município seguia o padrão historicamente utilizado no país: VS com território organizado por quarteirões e APS com organização baseada em ruas. Após discussões, optou-se por adotar o modelo de quarteirões da VS. As eSF redividiram suas áreas e microáreas após cada quarteirão receber pontuação por número de população e somatório do risco familiar. O mapa com a nova divisão territorial da APS foi apresentado à VS, que iniciou o processo de reorganização dos quarteirões de responsabilidade de cada Agente de Combate às Endemias (ACE) com o objetivo de associá-los aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) responsáveis por cada microárea e assim estabelecer vínculos e desenvolver ações conjuntas.

Palavras-chave: Territorialização; Atenção Primária em Saúde; Vigilância em Saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) and Health Surveillance (HS) have the territory as the pillar of the organization of their work process and historically have been developing their actions based on distinct territorial organization, making it difficult to broadly identify elements that influence the health-disease process of the population and acting according to the principle of integrality. With the objective of integrating actions, arose the proposal of joint territorialization between PHC and HS in the city of Nova Lima - MG. The work was started in January 2019 and the chosen region was the Jardim Canadá neighborhood, taking advantage of the need for new territorialization of the area by the PHC due to the increase of the enrolled population, with consequent need to implement a new Family Health team (FHT) and because it is a geographically well delimited territory, facilitating the rearrangement of areas and micro areas without affecting neighboring areas. The conformation of PHC and HS territories in the city followed the pattern historically used in the country: HS with territory organized by blocks and PHC with street-based organization. After discussions, we chose to adopt the VS block model. The FHT redivided their areas and micro areas after each block received a score by population number and family risk sum. The map with PHC's new territorial division was presented to HS, which began the process of reorganizing the blocks of responsibility of each Endemic Disease Agent (EDA) with the aim of associating them with the Community Health Agents (CHA) responsible for each micro area and thus establish links and develop joint actions.

Keywords: Territorialization; Primary Health Care; Health Surveillance

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	JUSTIFICATIVA	11
3	OBJETIVOS	12
3.1	OBJETIVO GERAL	12
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
4	METODOLOGIA	13
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
	REFERÊNCIAS	27
	ANEXO A	29
	ANEXO B	30

1 INTRODUÇÃO

O território é elemento chave para a organização dos múltiplos serviços de saúde. O conceito de território utilizado na saúde é muito influenciado pelas obras do geógrafo Milton Santos, que o apresenta como um espaço delimitado, dinamicamente construído e desconstruído pelas relações de poder (SAQUET; SILVA, 2008), e vai além da simples delimitação geográfica, com suas características conferidas pela acumulação de relações históricas, em permanente construção, onde se dá a interação entre população e serviço (GONDIM et al., 2008).

O movimento de Reforma Sanitária das décadas de 1970 e 1980 no Brasil serviu de inspiração para a reformulação da organização da atenção à saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da constatação da centralização e distribuição desigual dos serviços de atenção à saúde no país, reproduzindo as desigualdades instaladas na sociedade da época. Na tentativa de equacionar a questão, surge a proposta da criação de um sistema de saúde que tem como princípios a universalidade, equidade e integralidade com diretriz de descentralização da gestão e dos serviços com base territorial para promoção de oferta e acesso adequados e consequente cumprimento dos princípios do sistema que surgia e superando a relação incipiente que se dava entre população-território-serviço até então (FARIA, 2016).

As regulamentações operacionais do SUS foram sendo estabelecidas e, progressivamente, a descentralização dos serviços e a organização territorial reforçados: a Norma Operacional Básica (NOB) de 1996 deu ênfase ao processo de municipalização; a Norma Operacional de Assistência (NOAS) de 2002 reforçou a regionalização da assistência; a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 consolidou a incorporação do território na organização do trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS) e a importância da identificação dos determinantes sociais (GONDIM; MONKEN, 2018); a PNAB de 2011 ratificou a APS como um conjunto de ações individuais, familiares e coletivas direcionadas à população de um território definido (BRASIL, 2017) planejadas de acordo com as características e dinâmicas do mesmo; a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) reconheceu o território como espaço fundamental para a implementação de práticas da vigilância

em saúde através da análise de contextos e identificação de potenciais riscos à saúde para organização, monitoramento e avaliação de intervenções e processos de trabalho (BRASIL, 2018). No contexto da PNVS, a territorialização, portanto, se configura como a delimitação dos espaços de atuação dos serviços de saúde nas diferentes escalas e níveis de atenção, destacando-se a territorialização dos serviços de APS e Vigilância em Saúde (VS), que têm suas ações desenvolvidas a partir das singularidades do contexto do território (GONDIM; MONKEN, 2018).

A APS inicia sua organização tendo como programas estruturantes o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (GONDIM; MONKEN, 2018). O PACS foi criado em 1991, já com as premissas de território e população adscrita. O PSF, posteriormente evoluindo para Estratégia de Saúde da Família (ESF), teve suas atividades iniciadas efetivamente em 1994 com a análise de território como ferramenta para conhecer a condição de vida da população adscrita e sua dinâmica social, com enfoque nas ações curativas, reabilitadoras, de prevenção e promoção direcionadas ao indivíduo, famílias e coletividades, além de organizar o estabelecimento de relações horizontais e verticais com os outros serviços e equipamentos de saúde (GONDIM et al., 2008).

A VS é um campo que se aprimora na década de 1980 e, como resposta ao modelo de atenção em saúde médico centrado, reformula sua atuação dando ênfase à análise de situação de saúde de grupos populacionais e, assim como a APS, tem na territorialização o ponto de partida para o planejamento e definição de prioridades de intervenção em condições transmissíveis e não transmissíveis de saúde, se configurando num instrumento que favorece a tomada de decisão, estimula a horizontalidade, práticas e saberes tanto entre profissionais quanto com a comunidade (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

"Territorialização é um processo contínuo e sistemático de coleta de informação sobre eventos relacionados à saúde visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes de saúde, para proteção e promoção de saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças." (BRASIL, 2018)

Na eSF, temos a figura do ACS, que tem uma microárea sob sua responsabilidade e possui uma visão privilegiada do território por ser alguém "de dentro" já que reside nela e também, de certa forma, uma visão de fora, como

profissional que enriquece a equipe de saúde com suas informações e participa do processo de análise do território para planejamento, monitoramento e avaliação de intervenções (BRASIL, 2018). Integrando a VS temos a presença do ACE que, assim como o ACS, tem sua área de atuação territorialmente delimitada e desempenha papel fundamental entre comunidade e serviços e saúde.

Em 2011 foi promulgada a nova PNAB que passou a orientar a integração concreta entre as ações de APS e VS, processo que se inicia com a territorialização conjunta, sendo fundamental que os profissionais conheçam profundamente seus territórios de atuação e que os processos de trabalho sejam organizados com o objetivo de enfrentar os determinantes sociais e os problemas de saúde, inculcando na APS um olhar de vigilância, trabalhando conceitos de risco, mapeando vulnerabilidades, adotando medidas de promoção e prevenção à saúde adequadas, entendendo ações de VS como transversais em toda a rotina das equipes de APS (BRASIL, 2017).

A PNAB de 2011 define atribuições comuns dos ACS e ACE: realizar diagnóstico e mapeamento do território; desenvolver atividades de prevenção, promoção e vigilância por meio de visitas e ações educativas; orientar as pessoas quanto à organização dos serviços de saúde; estimular a participação popular nas discussões das políticas de saúde. O território único para ambas as equipes tem que propiciar o trabalho conjunto, de responsabilidade partilhada (BRASIL, 2017).

2 JUSTIFICATIVA

A proposta da territorialização conjunta, apresentado no presente trabalho, surgiu no município de Nova Lima- MG, bairro Jardim Canadá, a partir de iniciativa da APS, diante da necessidade de rever a organização da área de abrangência do serviço por alguns motivos: a) abertura de uma nova equipe de Saúde da Família (eSF) na região respondendo ao crescimento da população; b) divisão atual do território feita no ano de 2006, sem nenhum processo de análise e revisão desde então; c) território geograficamente bem delimitado, afastado de outros bairros, facilitando o rearranjo de áreas e microáreas sem afetar áreas de abrangência vizinhas e funcionando como um projeto-piloto para análise de viabilidade e possível expansão da metodologia para o restante do município; d) desejo de construir território de atuação único da APS e VS.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Relatar a experiência de implantação de um projeto piloto de territorialização conjunta entre Atenção Primária e Vigilância em Saúde no município de Nova Lima-MG

3.2 Objetivos específicos

- Criar equipe intersetorial (APS e VS) para o planejamento das ações
- Atualizar o cadastro domiciliar e territorial e o cadastro individual do bairro Jardim Canadá
- Calcular o risco das famílias que residem na área.
- Realizar a divisão de áreas e microáreas de acordo com o grau de risco e quantidade de população.
- Promover a corresponsabilização dos ACS e ACE pelas áreas e microáreas definidas.
- Programar e fortalecer ações conjuntas de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação da saúde e participação popular.

4 METODOLOGIA

O projeto de intervenção está sendo desenvolvido no bairro Jardim Canadá, pertencente ao município de Nova Lima, em Minas Gerais. Nova Lima é um dos 853 municípios do Estado de Minas Gerais e pertence à Região Metropolitana de Belo Horizonte.

A população, pelo censo demográfico de 2010 realizado pelo IBGE, era de 80.988 pessoas. A população total estimada, em 2019, é de 94.889 habitantes em 2019 e densidade demográfica de 188,73 hab./km² (IBGE, 2019).

Na década compreendida entre 2000 e 2010 (último censo), a população de Nova Lima cresceu a uma taxa média anual de 2,32%, enquanto no Brasil a taxa de crescimento foi de 1,17% no mesmo período. A análise do crescimento populacional por gênero identifica aumento contínuo da população de ambos os sexos, com queda progressiva da população masculina e aumento gradual da população feminina, além do aumento do percentual de adultos e idosos.

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano de idade) no município passou de 21,7 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, para 11,7 óbitos por mil nascidos vivos, em 2010 (BRASIL, 2013). Em 2017, a taxa de mortalidade infantil no município caiu para 8,13 (IBGE, 2019).

Entre 2000 e 2010, a renda per capita de Nova Lima cresceu a uma taxa média anual de 7,64%, atingindo, neste último ano, o valor de R\$ 2.255,38. Considerando-se pobre a pessoa cuja renda domiciliar per capita mensal é inferior a R\$ 190,35 (a preços de dezembro de 2014), a proporção de pobres na população de Nova Lima passou de 10,48% em 2000 para 2,84% em 2010. Por outro lado, o Índice de Gini, que avalia a desigualdade social na análise da distribuição de renda, passou de 0,64 em 2000 para 0,68 em 2010 (BRASIL, 2013). Importante observar, portanto, que apesar de renda per capita alta, o aumento do índice de Gini demonstra que o hiato entre os mais pobres e os mais ricos aumentou.

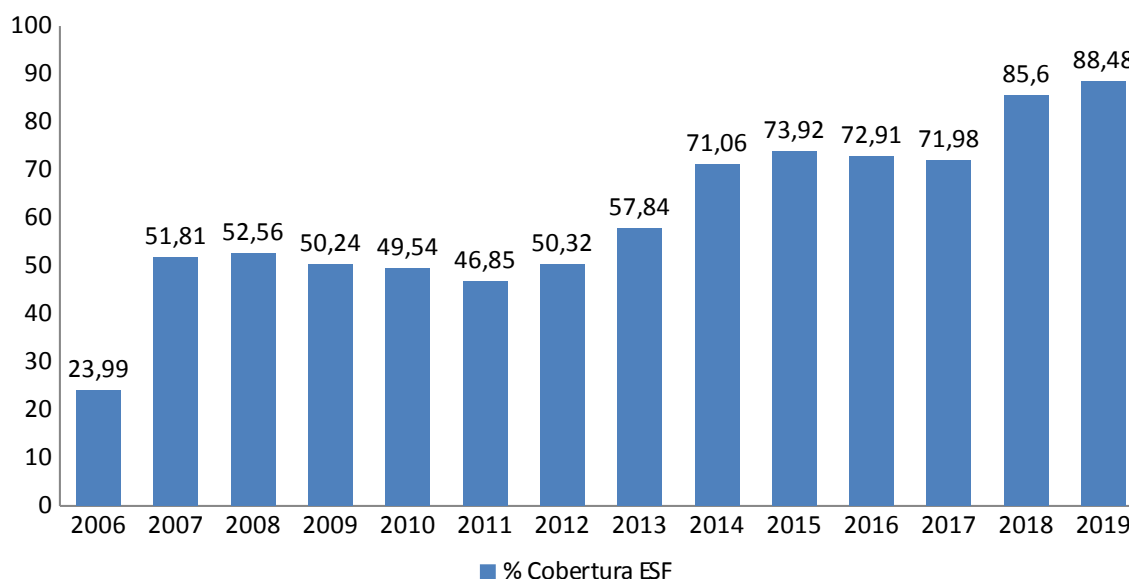
O (IDHM) procura espelhar três características desejadas para o desenvolvimento humano: renda, longevidade (expressa pela esperança de vida ao nascer) e educação (taxa de alfabetização de adultos e taxa combinada de matrícula

nos três níveis de ensino). Os valores variam entre 0 (pior) e 1 (melhor). O IDHM de Nova Lima é de 0,813, o que coloca o município na faixa de Desenvolvimento Humano “Muito Alto” (IDHM entre 0,800 e 1). Com este índice, Nova Lima ocupa a 17ª posição em relação aos 5.565 municípios do Brasil e a 1ª posição em relação aos 853 outros municípios de Minas Gerais (BRASIL, 2013).

A esperança de vida ao nascer é um dos indicadores utilizados para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Em Nova Lima, a esperança de vida ao nascer aumentou 5,6 anos entre 2000 e 2010, passando de 72,5 anos em 2000 para 78,1 anos em 2010, ficando acima da esperança de vida ao nascer do Brasil que era de 73,9 anos em 2010 (BRASIL, 2013).

A Atenção Primária à Saúde no município tem como pilar a ESF, que foi implantada no ano de 2006. Desde então, observa-se um aumento gradual no número de equipes. Atualmente, a cobertura de Equipes de Saúde da Família no município é de 88,48 %, estando acima da cobertura nacional (63,79%) e da cobertura estadual (79,94%) (BRASIL, 2019).

Gráfico 1: Evolução do percentual de cobertura de ESF em Nova Lima, 2006 a 2019



O município possui 25 Equipes de Saúde da Família (ESF) distribuídas em 22 Unidades Básicas de Saúde. As ESF contam com cobertura de NASF, composta por assistente social, educador físico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional. Além do NASF, as ESF dispõem também de psicólogo,

pediatra e ginecologista como apoio. O município possui 126 ACS, que confere cobertura de 77,42% das microáreas.

A Vigilância em Saúde no município é um departamento dentro da Atenção Secundária à Saúde e é subdividido nos setores de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Vigilância em Saúde do Trabalhador, Imunização, Zoonoses e Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). O departamento dispõe, atualmente, de 76 ACE (78,3% de cobertura), número inferior aos 97 necessários para cobrir o território integralmente.

O bairro do Jardim Canadá, alvo da intervenção descrita nesse trabalho, fica localizado na região noroeste do município de Nova Lima, com área de 3.225.801 m², situado às margens da BR-040 com população de aproximadamente 10.000 pessoas.

A ocupação do bairro foi iniciada na década de 1950 com a construção de um loteamento que não despertou o interesse de compradores devido à distância das sedes dos municípios de Nova Lima e Belo Horizonte e pouca infraestrutura. No início da década de 1980 a ocupação se intensificou apesar da falta de infraestrutura básica, com situações de invasão dos terrenos e organização de soluções individuais para o abastecimento de água e esgoto. A instalação completa de rede de água e esgoto no bairro só foi finalizada na primeira década de 2000. Em função da proximidade da rodovia BR-040, via com grande circulação de veículos, o comércio se desenvolveu com a instalação de oficinas mecânicas, postos de gasolina e restaurantes, além de galpões industriais de pequeno porte. Com a implantação das indústrias, trabalhadores de várias partes do estado e até mesmo do país chegaram ao bairro para trabalhar e, com o decorrer do tempo, trouxeram as famílias e estabeleceram sua residência no local. Atualmente estima-se que o bairro possua, aproximadamente, 900 empresas com destaque como polo cervejeiro e gastronômico.

A administração pública municipal mantém no território uma unidade que oferece recebimento de tributos (ISS, ICMS, IPTU e outros), fiscalização de obras, alvará de construção, fiscalização de meio ambiente, alvarás de licenciamento ambiental, fiscalização de vigilância sanitária, cadastramento escolar, apoio ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e ao Programa Bolsa Família. O bairro dispõe creche, instituições de ensino infantil, básico e ensino médio.

Em relação aos equipamentos/ serviços de saúde, o território possui 02 Unidades Básicas de Saúde, 01 Unidade de Pronto Atendimento adulto e pediátrico com funcionamento de 12 horas diurnas, farmácia, laboratório de análises clínicas e ambulatório de saúde mental. Nas duas UBS estão distribuídas 03 equipes de Saúde da Família com o total de 03 médicos generalistas, 03 enfermeiros, 08 técnicos de enfermagem, 15 ACS, que contam com o apoio de 02 pediatras, 01 ginecologista, 01 assistente social, 01 educador físico, 01 fisioterapeuta, 01 fonoaudiólogo, 01 nutricionista, 01 psicólogo, 01 terapeuta ocupacional. A VS dispõe de 05 ACE que fazem a cobertura da área.

Tabela 1: Perfil Epidemiológico da população do bairro Jardim Canadá

SITUAÇÃO	NÚMERO	SITUAÇÃO	NÚMERO
Nº famílias cadastradas da área	2264	Usuários de drogas	109
Nº pessoas cadastradas da área	7430	Total de Diabéticos	185
Total de Famílias Acompanhadas	1177	Diabéticos insulino dependentes	39
Total de pessoas acompanhadas	3286	Gestantes Pré-Natal Convênio	10
Deficientes (físico, auditivo, visual)	63	Gestantes Pré-Natal na UBS	67
Deficientes intelectual/cognitiva	23	Gestante com cartão de vacina em dia	50
Portadores de sofrimento mental (psiquiátrico)	89	Gestante menor de 18 anos	1
Alcoólatras	156	Gestante maior de 40 anos	2
Analfabetos	92	Crianças de 0 a 1 ano, 11 meses e 29 dias	135
Tabagistas	310	Crianças de 0 a 4 anos, 11 meses e 29 dias	432

Fonte: Perfil Populacional das eSF Nova Lima consolidado mensalmente pelos ACS

O trabalho aqui descrito foi iniciado em janeiro de 2019 motivado pelo incômodo gerado pela distância física (a Vigilância em Saúde fica localizada em um prédio distante da Secretaria de Saúde) e de relação de trabalho entre a APS e a Vigilância em Saúde. O primeiro passo foi articular um espaço permanente onde

esse encontro e as discussões para estreitamento de relações pudesse acontecer. A oportunidade de concretizar essa aproximação foi identificada mediante a necessidade de refazer a territorialização da área de atuação das eSF. A diretoria da APS fez o convite para a equipe da VS e , após aceito, realizada a primeira reunião. Nesse encontro, que contou com a participação das referências técnicas da APS, a gerente e uma das enfermeiras da UBS Jardim Canadá, a diretora da Vigilância em Saúde, o coordenador de Zoonoses, o coordenador dos ACE, a diretoria da APS apresentou a proposta de territorialização conjunta das áreas de atuação da APS e da VS para futuro planejamento de intervenções conjuntas no território.

A proposta foi aceita pela diretoria da VS e foi então organizada uma equipe de trabalho constituída por: diretora da APS, diretora da VS, coordenador de Zoonoses, enfermeira e gerente da UBS Jardim Canadá, referência técnica da APS. Essa equipe tinha como atribuição o planejamento integrado, definindo os objetivos do trabalho e a melhor forma de alcançá-los.

A primeira atividade da equipe de trabalho foi a definição da metodologia de organização do território com o objetivo de adotar um padrão único entre APS e VS.

A etapa seguinte foi o diagnóstico do território. As equipes de saúde da família ficaram responsáveis pelo mapeamento das informações, inclusive com revisão dos cadastros domiciliares e territoriais pelo ACS e classificação do risco familiar. Foi concedido prazo de 01 (um) mês para que os ACS atualizassem as informações de suas microáreas. As microáreas descobertas foram mapeadas em regime de mutirão.

Após a atualização cadastral, as informações foram utilizadas para calcular o risco para levantamento dos agravos e classificação do risco por pontuação, analisando os riscos individuais e coletivos de cada família. O instrumento utilizado para classificar o risco das famílias foi a escala de Coelho e Savassi adaptada pelo Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. A escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi é um instrumento de classificação que adota sentinelas que já são coletados pelos ACS em suas visitas domiciliares de rotina com o objetivo de apontar risco social e potencial de adoecimento da família (SAVASSI et al., 2012). A opção da equipe de trabalho foi utilizar a escala adaptada pela UFRGS que acrescenta a sentinela "outras condições crônicas" por esse ser um indicador que tem muito impacto na

situação de saúde da família e na organização dos serviços para atender a essas demandas.

Tabela 2 - Dados da Ficha do SISAB e escore de pontuação / Classificação das famílias segundo pontuação

Dados do E-SUS (Sentinelas de Risco)	Escore
Domiciliados/ Acamados	3
Pessoa com deficiência física	3
Saúde mental ou deficiência intelectual/ cognitiva	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição (grave)	3
Usuário de álcool e/ou outras drogas	2
Violência domiciliar	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Menor de seis meses	1
Maior de 70 anos	1
Pessoa com hipertensão	1
Pessoa com diabetes	1
Pessoa com outras condições crônicas	1
Relação morador/ cômodo maior que 1	3
Relação morador/ cômodo igual a 1	2
Relação morador/cômodo menor que 1	0

*Incidência: Registrar o número de vezes que a sentinela de risco ocorre no domicílio. O Escore Total é igual à multiplicação do escore pelo número da incidência
A partir da pontuação das sentinelas estabelece-se, de acordo com o Escore total, a classificação de risco, que varia de R1 (risco menor) a R3 (risco máximo)

Escore Total	Classificação de risco
Escore inferior a 5	-
Escore 5 ou 6	R1
Escore 7 ou 8	R2
Maior que 9	R3

Fonte: Adaptado por Telessaúde RS/UFRGS e SES/RS a partir da Escala de Risco Familiar Coelho- Savassi.

A pontuação total do risco das famílias da área foi calculada, bem como o número de residentes. Esses valores foram divididos pelas três equipes, para definir um parâmetro de risco e população por equipe e pelo número de ACS disponíveis, com o objetivo de obter a média de risco e população que cada ACS deveria ter no final da distribuição. Os quarteirões foram numerados e caracterizados com a pontuação de risco das famílias e o total de residentes de cada um deles. Em seguida, as áreas e microáreas foram delimitadas tendo como norteadores as médias de risco e população.

Finalizada a etapa da territorialização da APS, um novo encontro com a VS foi marcado para que a divisão das áreas de abrangências fossem apresentadas e a associação entre ACE e ACS definidas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A formação de equipe intersetorial para planejamento de todas as etapas do trabalho foi um primeiro passo importante porque deu legitimidade ao processo, já que os dois setores envolvidos, VS e APS, se sentiram implicados e responsabilizados pelo trabalho, puderam conhecer a realidade um do outro e estabelecer juntos os processos e decisões, fato que tornam os resultados mais significativos e perenes. Apesar do temor inicial da aproximação dos processos de trabalho não ser bem aceita em função do distanciamento que sempre permeou o trabalho entre APS e VS e até mesmo alguns conflitos, a aproximação foi bem aceita. Também foi um passo importante como sinalizador para as equipes da ponta que o movimento de integração foi iniciado no âmbito da gestão e que caminha para a descentralização das ações de vigilância capilarizando-as para as UBS num movimento de operacionalizar o princípio da integralidade da atenção.

A conformação dos territórios de atuação da APS e VS no município de Nova Lima seguia o padrão historicamente utilizado no país: o território de atuação dos profissionais da VS, organizado em quarteirões numerados, e o território de atuação dos profissionais da APS, em ruas. Durante a primeira reunião entre APS e VS, o diretor da equipe de Zoonoses apresentou a divisão por quarteirão que utilizavam e nós, da APS, fomos percebendo que poderia ser uma melhor forma de também organizarmos nossa divisão territorial, facilitando também o processo de integração entre os serviços. Após discussões sobre a lógica de delimitação e organização do espaço, optou-se por adotar o modelo de divisão por quarteirões da VS, que organiza o território em 182 quarteirões, por ser uma organização já bem estabelecida dentro da VS e que, segundo avaliação da diretoria de APS, ofereceria uma lógica mais fácil de ser entendida pela eSF e de ser alterada sempre que necessário, acompanhando a dinamicidade do território.

A proposta de reorganização da lógica territorial foi recebida inicialmente com resistência pela eSF. A sinalização da integração entre os serviços também foi recebida com desconfiança, com a alegação de que isso iria sobrecarregar os ACS, que afirmavam que teriam que fazer também a função do ACE. Após discussões e avaliação mais profunda das vantagens e desvantagens da mudança, os

profissionais, junto com a gestão, chegaram à conclusão que a nova proposta facilitaria a dinâmica de trabalho e a integração com os profissionais da VS.

O regime de força-tarefa para atualização cadastral e cadastro de novas famílias foi o instrumento principal utilizado para o diagnóstico do território e se mostrou uma ferramenta importante para que a divisão territorial se desse de forma mais justa. Foi também oportunidade para revisão das informações acerca dos residentes e do registro no sistema de informação, já que foram localizadas famílias e indivíduos com cadastros desatualizados e até mesmo inexistentes.

A avaliação e classificação do risco familiar realizada pelos profissionais possibilitou o conhecimento mais detalhado sobre a relação entre os determinantes de saúde e a realidade vivida por cada família, direcionando o olhar para situações que antes não chamavam atenção e favoreceu a compreensão de que as famílias são diferentes e, portanto, demandam atenção diferente, o que promove a aplicação do princípio da equidade do SUS, buscando oferecer ações de saúde de acordo com a particularidade das necessidades dos usuários, e o sistema tem que estar preparado para garantir ações diferentes para condições diferentes (BRASIL, 2017). A etapa de classificação de risco feita em equipe criou um ambiente de discussão e permitiu que muitos casos (individuais e questões coletivas) já fossem abordados, propostas de intervenção criadas de imediato e também possibilitou ir além da simples distribuição do número de pessoas e famílias entre os ACS, considerando que famílias com contextos mais complexos demandam maior atenção. Além de promover uma distribuição mais justa da população entre os ACS de uma mesma eSF, a avaliação do risco familiar também auxiliará na organização do cronograma de visitas e priorização dos casos mais complexos, sendo uma importante ferramenta no planejamento das ações de promoção, preventivas, curativas e reabilitadoras. Após essa avaliação inicial para reorganização territorial, a proposta é que a equipe, conhecendo melhor o seu território, adapte a escala de classificação de risco acrescentando informações que achar relevante, já que, por não ser estanque, o território necessita ser reavaliado constantemente e com o olhar sempre voltado para as especificidades do mesmo..

Os dados produzidos foram sistematizados e o risco total do território, bem como a população total, foram divididos entre as 03 (três) eSF que atuam na área

Tabela 3 - População e risco totais / média de risco e população por área e microárea

População Total (nº pessoas)	Pontuação de risco total	Média de população por eSF (nº pessoas)	Média de pontuação de risco por eSF	Média de população por microárea (nº pessoas)	Média de pontuação de risco por microárea
9722	1943	3240	647	648	129

Cada quarteirão foi caracterizado com número de residentes e somatório do risco familiar. A partir da caracterização dos quarteirões, a equipe de trabalho foi somando as pontuações dos mesmos até se aproximar dos valores de média de população e pontuação de risco por área, definindo as 03 (três) áreas de abrangência. Após definidas as áreas de abrangência de cada eSF, foi realizado novamente o mesmo processo de agrupamento de quarteirões para delimitação das microáreas dentro de cada área, tentando manter a orientação das médias de população e risco familiar, já que famílias de mais risco, a princípio, necessitam de monitoramento mais sistemático, o que pode resultar em visitas mais frequentes, além da tentativa de alteração mínima nas microáreas de referência de cada ACS, no intuito de manter a relação e vínculo já consolidados ao longo de anos de acompanhamento.

Tabela 4 - Divisão das áreas e microáreas de abrangência das eSF Jardim Canadá

eSF	Microárea / ACS	Pessoas	Risco	Pessoas	Risco
1	1	672	144	3010	604
	2	661	122		
	3	715	144		
	4	704	138		
	5*	258	56		
2	1	699	134	3468	642
	2	716	119		
	3	670	136		
	4	621	137		
	5	762	116		
3	1	789	69	3244	697
	2	739	144		
	3	623	165		
	4	530	156		
	5	563	163		

* Observação: existe um sub-registro do número de pessoas e risco por dificuldade de cadastrar todos os indivíduos e domicílios das áreas de condomínio e por isso optou-se por manter uma ACS exclusiva para o atendimento desses locais.

Finalizada a territorialização pela eSF, o mapa com a divisão territorial da APS (Anexo A) foi apresentado à VS, que iniciou o processo de reorganização dos quarteirões de responsabilidade de cada ACE com o objetivo de vincular três ACS a um ACE, facilitando o contato entre os profissionais e o desenvolvimento de ações conjuntas.

Após a finalização da organização territorial, o projeto continua com objetivo de promover uma integração que avance para além da simples divisão geográfico-administrativa. Como próximos passos, estão previstos capacitação sobre notificações de agravos transmissíveis e não transmissíveis, curso integrado de capacitação dos ACS e ACE e definição de local único dentro das UBS que sirva de ponto de apoio para as duas categorias, participação do ACE nas reuniões das eSF para análise de indicadores e planejamento de intervenções, confecção de mapa inteligente conjunto, organização de temáticas mensais relativas aos problemas de saúde mais comuns para visitas domiciliares de ACS e ACE, instituição de um espaço de discussão com a comunidade das características e indicadores de saúde do território com o objetivo de articular saberes para fortalecer ações coletivas e vigilância participativa. A intenção é ampliar o conteúdo do trabalho do ACE que, no município, ainda está muito direcionado para ações de combates a vetores da Zoonose, caminhando na direção da análise mais ampla dos problemas de saúde no território, convergindo paulatinamente com o trabalho desenvolvido pelos ACS (GONDIM et al., 2008) e dando à territorialização conjunta um caráter que extrapola a divisão geográfica e alcança a reformulação dos processos de trabalho. Importante ressaltar que foi despendido esforço para manutenção, mais fiel possível, do território que o ACE e o ACS já tinham sob sua responsabilidade visando respeitar o vínculo já existente.

A utilização do território para o planejamento de saúde não pode ser encarado como solução para todos os problemas de saúde pública, mas sim como ferramenta de otimização das ações de intervenção (FARIA; BORTOLOZZI, 2009). A territorialização, com a utilização de todo o potencial do território, possibilita a análise da distribuição dos serviços de saúde, auxilia na melhor atuação das equipes,

aproxima os profissionais dos usuários e expande o olhar para além da clínica biologicista, levando em consideração os determinantes sociais em saúde no processo de adoecimento da população e na produção do cuidado (GONDIM et al., 2008). O processo de territorialização precisa ser compreendido pela equipe de saúde como algo incorporado à sua rotina, permeando diversos processos de trabalho, além de entender como um processo que tem início, mas que não tem fim.

O território precisa ser compreendido para além da simples divisão administrativa e gestão dos serviços de saúde. A questão não é a territorialização, mas a apropriação e o uso do território pela equipe (FARIA, 2013). É necessário o mapeamento também das questões sociais para que a atuação não se concentre apenas nas consequências, no indivíduo e comunidade já adoecidos, mas que os profissionais disponham das informações que permitam a atuação sobre as causas dos problemas. (MAFRA; CHAVES, 2004)

O reconhecimento do território pelos profissionais de saúde, principalmente os de campo, sendo parte da comunidade ou atuando diretamente no cotidiano dessa, é fundamental para a caracterização da população, identificação dos problemas e necessidades, além do estreitamento do vínculo entre serviço e população.

A territorialização conjunta da APS e VS, como primeiro passo da integração entre esses dois setores do SUS, leva para dentro da eSF o olhar de vigilância, de coleta e análise de dados que propiciam o planejamento de ações que não se limitam à atenção básica já que a eSF, assumindo seu papel de coordenadora do cuidado, deve se relacionar com outros níveis de atenção à saúde e firmar parcerias com outros setores para além da saúde, reforçando a importância da intersetorialidade na abordagem dos determinantes sociais que impactam no adoecimento da população. A falta do trabalho intersetorial é um obstáculo também na consolidação da vigilância em saúde municipal, que percebe a necessidade da intersetorialidade no seu processo de trabalho, almejando abordar com mais eficácia e efetividade os problemas e necessidades de saúde da população. A integração, na medida em que promove a avaliação mais apurada e conjunta dos determinantes sociais pode ser um auxiliar no rompimento da concentração das ações da VS sobre as doenças transmissíveis, atitude muitas vezes estimulada pelas pactuações com a gestão estadual e governo federal avançando na abordagem de condições não transmissíveis de determinação mais complexa (RECKTENWALDT; JUNGES, 2017)

A intenção é também reformular o papel dos profissionais de saúde diante da comunidade abandonando uma postura vertical, de autoridade e caminhando para uma relação horizontal com a valorização da participação popular, que não se resume aos conselhos, mas o reconhecimento de que o usuário é um ator fundamental para o SUS e tem que ser tomado como parceiro na luta pela defesa do sistema. Fazer da territorialização, mapeamento e análise do território ferramentas de desenvolvimento de cidadania e autonomia dos usuários sobre sua própria vida. O território já existia antes do serviço, da organização do sistema de saúde. O objetivo, no final das contas, não é criar território para o serviço, mas sim adaptar os serviços ao território e suas singularidades (FARIA, 2016).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A territorialização é a base da organização dos serviços de APS e VS e sua operacionalização de forma dinâmica e adequada é fundamental para garantia dos princípios e diretrizes do SUS. O processo de definição e caracterização do território único de atuação entre APS e VS é o primeiro passo no processo de integração entre os serviços, facilitando a identificação conjunta de demandas do ambiente e da população sob sua responsabilidade e consequente planejamento integrado de ações de promoção, preventivas e reabilitadoras. Apesar da resistência inicial dos profissionais da eSF em repensar o papel do território no processo de trabalho, na sua reavaliação constante e na integração do trabalho com a VS, o transcorrer das atividades foi sinalizando da importância da adoção desse novo olhar e que, longe de sobrecarregar, essas mudanças facilitarão o dia-a-dia e a organização da demanda da UBS.

A utilização da classificação de risco familiar na organização do território, indo além da simples contagem populacional, amplia a visão das equipes sobre a gama de determinantes sociais que caracterizam e influenciam a situação de saúde da população. O desafio é desenvolver nessas equipes a concepção de que o território é dinâmico, que necessita ser permanentemente interpretado, que fatores múltiplos têm influência direta e indireta na condição de saúde e que o olhar de vigilância com avaliação permanente da dinâmica territorial se faz necessária.

O exercício da análise conjunta mais detalhada do território realizado pela equipe promoveu o fortalecimento de relações mais horizontais que, consequentemente, promoveram importantes análises e readequações de processos de trabalho, e a constatação de que as discussões sobre o território necessitam estar presentes em todos os momentos de encontro da equipe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Atlas.**Perfil Nova lima, MG.** Disponível em<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/nova-lima_mg.>. Acesso em: 15 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Política Nacional de Vigilância em Saúde. Brasília, DF

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1 : Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde – Brasília, 2018

_____. Ministério da Saúde. **EgestorAB.** Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

FARIA, Rivaldo Mauro; BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no brasil.**Raega - O Espaço Geográfico em Análise**, [s.l.], v. 17, p.31-41, 15 jun. 2009.

_____, R. M. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território urbano.**Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 9, n. 16, p. 121 - 130, 19 jun. 2013.

_____, Rivaldo Mauro. Território e saúde na geografia de Milton Santos: teoria e método para o planejamento territorial do sistema único de saúde no brasil.**Raega - O Espaço Geográfico em Análise**, [s.l.], v. 38, p.291-320, 12 dez. 2016.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho de et al. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 237-255.

_____, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício. O Uso do Território na Atenção Primária à Saúde. In: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de et al (Org.). **Atenção Primária a Saúde no Brasil: Conceitos, praticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. Cap. 5. p. 143-175.

IBGE. **Panorama Nova Lima**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/nova-lima/panorama>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

MAFRA, Melissa dos Reis P.; CHAVES, Maria Marta Nolasco. O processo de territorialização e a atenção à saúde no programa saúde da família. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, [s.l.], v. 6, n. 2, p.127-133, 31 ago. 2004. Universidade Federal do Paraná.

RECKTENWALDT, Micheli; JUNGES, José Roque. A organização e a prática da Vigilância em Saúde em municípios de pequeno porte. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 26, n. 2, p.367-381, jun. 2017.

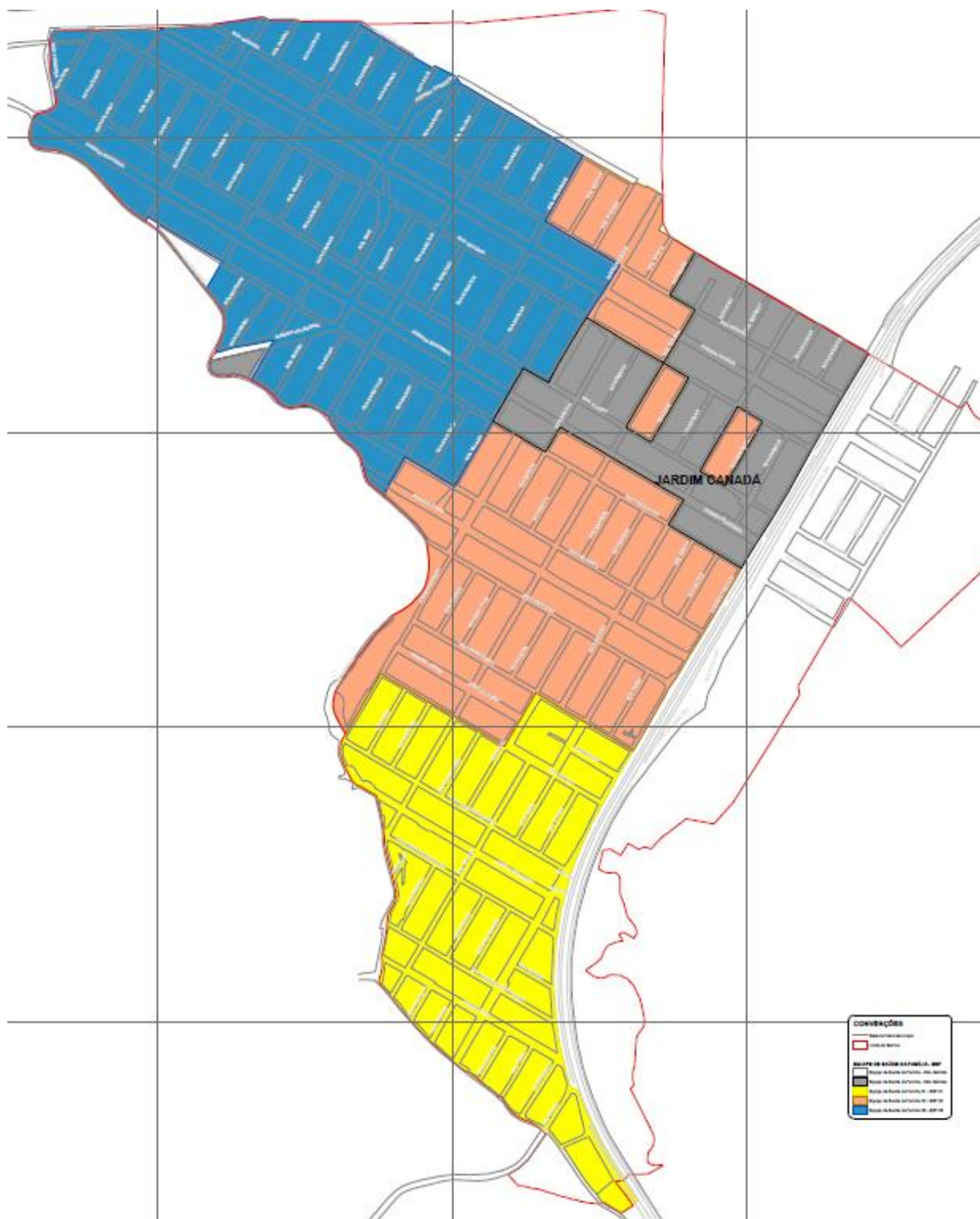
SAQUET, Marcos Aurélio; SILVA, Sueli Santos da. Milton Santos: concepções de geografia, espaço e território. **Geo Uerj**, Rio de Janeiro, p.24-42, 2008.

SAVASSI, L. C. M; LAGE, J. L; COELHO, F. L. G. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar : escala de risco familiar de Coelho-Savassi. *Journal of Management and Primary Health Care*, v. 3, n. 2, p. 179-185, 2012.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, [s.l.], v. 7, n. 2, p.7-28, jun. 1998.

ANEXO A

Mapa 1- Divisão territorial bairro Jardim Canadá por eSF



ANEXO B

Mapa 2- Divisão territorial bairro Jardim Canadá por microárea

