

GUIA DE
TERRITORIALIZAÇÃO E
DIAGNÓSTICO DE ÁREA
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE/DF

2019

Governador do Distrito Federal
IBANES ROCHA BARROS JÚNIOR

Vice-Governador

PACO BRITTO

Secretário de Estado de Saúde

OSNEI OKUMOTO

Secretário-Adjunto de Assistência à Saúde

RENATA SOARES RAINHA

Secretário-Adjunto de Gestão em Saúde

SÉRGIO LUIZ DA COSTA

Subsecretário de Atenção Integral à Saúde

MARCELO MELO

Coordenação de Atenção Primária

ELISSANDRO NORONHA DOS SANTOS

Diretoria de Organização de Serviços da Atenção Primária à Saúde

SÉRGIO DE CARVALHO PINHEIRO

Elaboração - Equipe Técnica

FERNANDA BARROS DO NASCIMENTO

LAUDA BAPTISTA BARBOSA BEZERRA DE MELO

LIGIA MARIA PAIXÃO SILVA

SIMONE ALEXANDRA SCHWARTZ

Colaboradores

ACLAIR ALVES FERREIRA DALLAGRANNA

ANA CRISTINA BARRETO PEIXOTO SAMPAIO

BRUNO SANTOS DE ASSIS

GILMAR ANTÔNIO ROCHA

LUZIA HERMES MEIRA LIMA

JORGE SAMUEL DIAS LIMA

"Inspiração existe, mas ela precisa te encontrar trabalhando. "

Pablo Picasso

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.
Coordenação de Atenção Primária à Saúde.
Guia de Territorialização e Diagnóstico de Área da
APS/DF/Secretaria de Estado de Saúde do Distrito
Federal/Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde
/Coordenação de Atenção Primária à Saúde/DF, 2018.
44 p.

1. Conceitos e definições de territorialização e diagnóstico de área. 2. Territorialização. 3. Diagnóstico de Área.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. OBJETIVOS	6
2.1 Geral.....	6
2.2 Específicos	6
3. TERRITORIALIZAÇÃO.....	6
3.1 Planejamento da Territorialização	7
3.2 Execução do Cadastramento.....	10
3.2.1 Etapas do Cadastramento	11
3.3 Elaboração de Mapas: Geográfico e Vivo	12
3.4 Consolidação dos dados obtidos no cadastramento.....	13
4. DIAGNÓSTICO DE ÁREA	13
4.1 Compilar as informações necessárias para o diagnóstico	13
4.1.1 Informações dos relatórios do e-SUS.....	14
4.1.2 Informações complementares para o diagnóstico.....	15
4.2 Demarcação das Microáreas e Áreas da Equipe	19
5. PRINCIPAIS PERGUNTAS QUE SURGEM DURANTE TERRITORIALIZAÇÃO E/OU DIAGNÓSTICO DE ÁREA	19
6. CONCLUSÃO	21
7. REFERÊNCIAS	23
ANEXO I – Legislações para consulta e apoio à Territorialização e Diagnóstico de Área	25
ANEXO II – Checklist Processo de Territorialização/Diagnóstico	27
ANEXO III –Territorialização Figura 1 (macro ao micro)	29
ANEXO IV – Figuras: exemplos de Mapas (geográfico e vivo).....	30
ANEXO V – Fichas de Cadastro e-SUS.....	32
ANEXO VI – Relatórios do e-SUS.....	36
ANEXO VII –Siglas	44

1. INTRODUÇÃO

A territorialização é uma ferramenta utilizada pela Atenção Primária à Saúde (APS) que auxilia na compreensão do processo saúde doença da população permitindo a realização do diagnóstico e assinalando possíveis necessidades de intervenção para os problemas encontrados naquele território.

É utilizada para definir área de atuação dos serviços de saúde com objetivo de planejar as ofertas de serviços aos perfis da população daquela localidade. Esse processo de organização considera as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, atividades produtivas existentes, disponibilidade de serviços de saúde e articulação entre as regiões administrativas e municípios de fronteiras.

Como proposta para adequado diagnóstico situacional e intervenções em saúde, divide-se o território em área e micro área. A microárea, subdivisão da área, é realizada a partir da homogeneidade de grupos socioeconômicos e culturais, de risco ou não, com intuito de melhoria das condições de saúde; essa é composta de até 750 pessoas, segundo Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, 2017.

A Atenção Primária do Distrito Federal passou por um processo de conversão do modelo de atenção, após a publicação da Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal e Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017 que regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família.

A territorialização está também prevista na nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB-2017) como atribuições comuns a todos os membros das Equipes que atuam na AB.

Diante das publicações dessas normativas, observou-se a necessidade de elaboração deste Guia de Territorialização com intuito de apresentar ferramentas para que as Equipes de Saúde da Família (ESF) realizem a territorialização e diagnóstico de suas áreas de abrangência; o documento apresenta o processo e traz no seu Anexo II um Check List para auxiliar no monitoramento das ações.

2.OBJETIVOS

2.1. Geral:

- ✓ Oferecer subsídios teóricos e práticos para a execução da Territorialização e Diagnóstico de Área.

2.2. Específicos:

- ✓ Orientar a DIRAPS a delimitar os territórios¹ da área de abrangência² das unidades básicas de saúde (UBS);
- ✓ Auxiliar a Gerência de Serviços da Atenção Primária, em conjunto a profissionais da APS, na delimitação/mapeamento dos limites das áreas de atuação dos serviços/equipes e microárea³;
- ✓ Apresentar critérios para definição da população na área de abrangência da equipe;
- ✓ Auxiliar na identificação do perfil demográfico, epidemiológico, sócio-econômico-cultural e ambiental;
- ✓ Orientar a construção de mapas (geográfico e vivo);
- ✓ Estimular a equipe a conhecer a dinâmica da comunidade, assim como suas potencialidades e fragilidades;
- ✓ Promover a realização de diagnóstico de área para planejamento das ações compatíveis com as necessidades da população.

3.TERRITORIALIZAÇÃO

A territorialização é uma ferramenta utilizada para definir a abrangência de atuação dos serviços para melhor adequar o modelo assistencial ao perfil populacional. Tem como base o reconhecimento territorial. Cada membro da equipe deverá conhecer as etapas e a importância da territorialização.

Antes de iniciar a territorialização é necessário que a equipe da gestão local (Diretoria de Atenção Primária à Saúde - DIRAPS) realize uma visita prévia ao território pré-delimitado (geograficamente de acordo com o Plano Diretor de Ordenamento

¹Território: região delimitada de responsabilidade de uma gerência de serviços da atenção primária (GSAP), pode conter uma ou mais unidades básicas de saúde.

²Área de abrangência: área delimitada de responsabilidade de uma equipe de saúde da família.

³Microárea: a área de uma equipe é dividida em microáreas (responsabilidade de um agente comunitário de saúde, quando houver, ou da equipe, quando não há agente específico para a microárea).

Territorial - PDOT) para fazer uma previsão da divisão do território e o número de equipes que serão necessárias.

3.1 Planejamento da Territorialização

O planejamento deve ser uma ação conjunta com Direção de Atenção Primária à Saúde (Diraps), Gerência de Serviços da Atenção Primária (Gsap) e Equipe de Saúde da Família (eSF).

Para operacionalizar a territorialização deve-se elaborar um planejamento de ações a serem executadas, como:

- a) Conhecer/rever as legislações vigentes e outros materiais que contribuam com o processo de territorialização: ANEXO I (normas estruturantes do Sistema Único de Saúde – SUS e do Distrito Federal - DF).
- b) Analisar documentos da territorialização anterior: projetos, mapas, atas de registro de reuniões. Esses documentos podem ser obtidos na administração regional, DIRAPS e/ou com gestores locais conforme disponibilidade.
- c) Realizar alinhamento e domínio de conceitos entre os profissionais da(s) equipe(s): sobre o conceito de “casa fechada”, de como identificar um entrevistado apropriado em situações distintas, modelo de ficha a ser utilizada e seu preenchimento, entre outros. Sugere-se realização de oficinas com a equipe.
- d) Buscar dados estratégicos ou “georreferenciados”³: que possam fornecer informações do território e da população, tais como malha cicloviária, lotes escriturados, áreas passíveis de regularização, obras públicas, rede de infraestrutura entre outros.

Sugestões de sites:

- ✓ Sala de Situação SES-DF. Link para acesso:

<http://salasit.saude.df.gov.br/>

- ✓ GEOPORTAL: infraestrutura de dados espaciais - site de mapa dinâmico da Secretaria de Estado de Gestão do Território e Habitação (SEGETH). Links para acesso:

<https://www.geoportal.segeth.df.gov.br/mapa/#>

<https://www.geoportal.segeth.df.gov.br/static/manual/manual.pdf>

³ Dados Georreferenciados, são dados ou objetos enviados para o sistema de informações geográficas com base em sua localização geográfica.

✓ CODEPLAN (Companhia de Planejamento do DF): órgão de planejamento, estudos e pesquisas relacionadas a informações demográficas, socioeconômicas, geográficas, cartográficas, geodésicas, territoriais, ambientais e urbanas, além do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Link para acesso:

<http://www.codeplan.df.gov.br/component/content/article/261-pesquisas-socioeconomicas/319-pdad-2015.html>

e) Visitar/reconhecer o território: a visita in loco (pela DIRAPS, gerência local e equipe) favorece a compreensão do território e objetiva o reconhecimento da área da equipe. Deve ser previamente sistematizada e acompanhada (preferencialmente) do mapa físico⁴ (geográfico) ou mapa virtual, para que sejam assinaladas as barreiras geográficas, áreas de risco, equipamentos sociais públicos ou privados relevantes, organizações não governamentais (ONG's), espaços de lazer, entre outros. Algumas características existentes na área e no território deverão ser consideradas para alterar ou manter a delimitação da área e microárea, como:

- ✓ Extensão territorial da área adstrita à UBS;
- ✓ Riscos ambientais⁵ existentes;
- ✓ Mobilidade urbana;
- ✓ Perspectivas de novas projeções imobiliárias, industriais, comerciais e rodovias;
- ✓ Localização próxima às fronteiras com outra Região Administrativa ou outro município;
- ✓ Identificação de limites e barreiras geográficas, terrenos baldios, córregos (locais de eventuais inundações), construções e casas abandonadas, praças públicas (conservação e acessibilidade de calçadas);
- ✓ Identificação da dinâmica da comunidade como a existência e localização das feiras livres, comércios, mobilidade urbana ciclovias de pedestres, ciclovias, pavimentação (asfalto, calçadas), áreas de lazer, pontos de encontros comunitários (PEC) e mobilidade social⁶;
- ✓ Número de equipes e serviços de saúde da APS que irá atuar na área;

⁴ O mapa pode ser obtido na administração regional ou impressão de internet.

⁵ Os riscos ambientais ou agentes ambientais são elementos ou substâncias presentes em diversos ambientes, que acima dos limites de tolerância podem ocasionar danos à saúde das pessoas.

⁶ Mobilidade Social: é o movimento de indivíduos, famílias ou grupos através de um sistema de hierarquia social ou estratificação social

- ✓ Densidade demográfica⁷;
- ✓ Adensamento populacional⁸;
- ✓ Situação epidemiológica⁹;
- ✓ Identificação de riscos, vulnerabilidades em saúde e sociais como pontos de tráfico de drogas, prostituição, carvoarias, fábricas com emissão de poluentes, áreas de depósito de lixos, ferro velho, assentamentos e ocupações irregulares.

f) Estimar o número de usuários que serão cadastrados: existem formas de realizar a estimativa populacional, como por exemplo, utilizar número de contas de energia ou dados da Administração Regional. A SES/DF utilizará a base populacional estimada divulgada pelo IBGE (ver no site: www.ibge.gov.br o gráfico de estimativa de crescimento populacional) e/ou setor censitário (caso este esteja compatível com o território a ser quantificado. No caso de população urbana poderá ser utilizado o seguinte cálculo estimado da CODEPLAN (site www.codeplan.df.gov.br/):

$\text{N}^{\circ} \text{ DE RESIDÊNCIAS X MÉDIA}^{10} \text{ DE MORADORES POR DOMICÍLIO URBANO = ESTIMATIVA DE HABITANTES}$

A média de moradores por domicílio urbano pode ser obtido na Pesquisa Distrital por Amostras de Domicílio – PDAP. O último PDAD disponível é o de 2018 (geral do DF). Os dados por Região Administrativa serão divulgados pela CODEPLAN ao longo do ano de 2019.

g) Estimar o número de equipes necessárias à cobertura do território: no processo de planejamento deverá ser definido previamente o número de equipes/profissionais que atuarão nas UBS. Considera-se para isso o perfil populacional, a estimativa de número de habitantes e as características do território, incluindo a vulnerabilidade social e de saúde. Um exemplo de como identificar a vulnerabilidade em saúde é o instrumento denominado Índice de Vulnerabilidade da Saúde - IVS da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. O IVS pressupõe a homogeneidade dentro da unidade geográfica analisada, não

⁷A densidade demográfica refere-se à média do número de pessoas residentes por unidade de área em uma dada localidade e é geralmente medida na relação habitante por quilômetro quadrado.

⁸Adensamento populacional refere-se à aglomeração de pessoas em espaço pequeno.

⁹O levantamento da situação epidemiológica indica quais os principais problemas de saúde bem como os fatores determinantes da situação de saúde de determinada população.

¹⁰) <http://www.codeplan.df.gov.br/pdad-2018/>

identificando as vulnerabilidades individuais ou de uma determinada família, ou mesmo de parte da população. Portanto, cabe às equipes locais utilizar outras ferramentas que permitam um olhar diferenciado para grupos de pessoas mais vulneráveis dentro do território.

A relação entre estimativa populacional e a força de trabalho que será disponibilizada irá definir o total de pessoas que serão cadastradas. A estimativa pode não coincidir com o número final de equipes necessárias – dependendo da territorialização poderá ser alterada. Esta ação deverá ser realizada em conjunto com a gestão regional e local.

- h) Definir agenda de reuniões colegiadas na região de saúde/UBS. Essas reuniões deverão ser formalizadas (pauta, lista de presença e registro em ata), e contar com a representação de todas as instâncias envolvidas (Colegiado Gestor da Região de Saúde, do Conselho Gestor da UBS, representantes da comunidade e profissionais de saúde).

- i) Estabelecer o cronograma de execução de todo o processo e os responsáveis: representar graficamente a previsão da execução do projeto, no qual são indicados os prazos em que suas diversas fases deverão ser realizadas, data de início, responsáveis, período de desenvolvimento das atividades e data de encerramento.

3.2 Execução do Cadastramento

O cadastramento é uma das formas de conhecer a dinâmica da comunidade e sua realidade; momento de formação de vínculo e identificação de riscos à saúde no território. A execução do cadastramento seguirá os mesmos passos tanto em casos de cadastramento para as equipes implantadas em territórios novos quanto para o recadastramento em equipes que já atuam em determinado território.

A realização do cadastramento individual, familiar e do domicílio, assim como o lançamento no sistema de informação vigente são atribuições de todos os profissionais da APS.

O cadastramento poderá ser iniciado pela área mais próxima à UBS, seguido da área de maior vulnerabilidade, respeitando, quando viável, a contiguidade do território, dando preferência aos usuários que já utilizam à unidade básica, podendo lançar mão até mesmo de agendamento para a visita de cadastramento. O número de habitantes

acompanhados e/ou cadastrados por equipe de saúde da família deverá seguir os parâmetros da legislação vigente. A meta será cadastrar 100% da população residente na área adstrita, sempre com objetivo de facilitar o acesso aos serviços de saúde da rede SES.

Considerando que o território da UBS é dinâmico e, portanto, passa por mudanças continuamente; o cadastro deverá ser atualizado periodicamente ou quando necessário, como por exemplo, em situação de mudança de moradores, falecimento ou alteração da situação social e de saúde¹¹.

A coleta de informações e preenchimento dos formulários específicos de cadastramento deverá ocorrer preferencialmente por meio da visita domiciliar pela equipe de saúde de referência.

Quando não for possível o cadastramento no território, poderá ser realizado o cadastro prévio do indivíduo que procure a UBS, como por exemplo no caso de demanda espontânea. Posteriormente, deverá ser agendado uma Visita Domiciliar (VD) para confirmar, completar os dados cadastrais e realizar uma avaliação da família com vinculação.

Durante as visitas para realização do cadastramento deve-se aproveitar o momento para orientar sobre o funcionamento da UBS, horários de atendimento, carteira de serviços, apresentação da equipe de referência, dentre outras informações.

3.2.1 Etapas do cadastramento:

- a) Levantamento do quantitativo de fichas de cadastramento necessárias e requisição dessas junto à área competente;
- b) Organização dos profissionais da equipe para a realização do cadastro (divisão da área a ser cadastrada entre os profissionais da equipe);
- c) Elaboração de cronograma de visitas domiciliares, intercalando com a agenda de atividades (de acordo com o planejamento da equipe, da unidade de saúde e da gestão local);
- d) Execução das visitas domiciliares programadas para cadastro;
- e) Preenchimento dos formulários específicos (Fichas de cadastro Individual e Domiciliar/Territorial. Anexo V) e coleta de informações complementares¹².

¹¹ Nas VD deve-se identificar: famílias novas; RN e outros indivíduos não cadastrados; mudanças de endereço, composição familiar entre outras alterações.

¹² Algumas informações relevantes em relação aos cadastros podem não estar contemplados nas fichas cadastrais.

Essas informações são importantes para a realização do diagnóstico de área (Ver item 4.1.2 Informações complementares para o diagnóstico) e podem ser coletadas no momento do cadastro ou em visitas subsequentes;

- f) Correção de inconsistências durante todas as etapas (promovendo momentos de conversas entre os profissionais) para sanar dúvidas ou conflitos que venham a prejudicar o andamento do processo, solicitando apoio da gestão local e regional quando necessário;
- g) Digitação dos dados no sistema de informação, sugere-se a realização concomitante ao processo de cadastramento e com atenção no preenchimento de todos os campos, para propiciar um melhor diagnóstico do território;
- h) Consolidação dos dados, por microáreas e área;
- i) Análise de inconsistências e discussão entre as equipes e os gestores envolvidos.

3.3 Elaboração dos mapas (geográfico e vivo)

O Mapa é a representação gráfica do que existe naquele território, como: ruas, casas, escolas, pontes, córregos, áreas de lixo, abrigos, serviços de saúde, igrejas, comércio, indústria, postos policiais, barreiras geográficas, entre outros.

A visualização espacial de informações traz subsídios ao processo de vigilância em saúde, planejamento das ações e atenção à saúde por meio do mapeamento das áreas de riscos e dos serviços sociais e de saúde existentes.

Após a consolidação dos dados e análise geral do território da UBS serão elaborados: o "mapa geográfico" (por área da UBS, de cada equipe e por microáreas - MA) e o "mapa vivo" (por equipe).

- a) O mapa geográfico deverá conter a identificação e delimitação da área de abrangência da equipe e microáreas dos ACS. Esse mapa é "alimentado" por informações geográficas. Pode ser desenhado ou plotado. O mapa geográfico deve estar exposto à comunidade. Sugere-se a utilização de cores e legendas, (Exemplo Anexo IV, figura 2);
- b) O mapa vivo, quer seja físico ou virtual, registrará os dados relacionados à saúde da população adscrita, coletadas durante a territorialização. É chamado de mapa "vivo", porque o território é dinâmico e deve ser alterado a medida em que houver modificação. Os grupos considerados prioritários podem ser identificados com símbolos, alfinetes coloridos ou outras formas de marcação

definidas pelas equipes, colocando-se legendas. Ex. acamados com cor vermelha, hipertensos com cor amarela. Este mapa não deve ficar exposto à comunidade, pois contém informações de saúde individualizadas, que devem ser mantidas sob confidencialidade ética. (Exemplo Anexo IV, figura 4).

3.4 Consolidação dos dados obtidos no cadastramento:

Após a coleta dos dados, preenchimento das fichas cadastrais e digitação no sistema de informação vigente e consolidação dos dados, a equipe de saúde deve iniciar o processo de diagnóstico de área e planejamento das ações bem como as articulações necessárias.

Uma vez consolidados os dados sobre as famílias e suas áreas, as informações devem ser discutidas com as outras equipes da UBS e o gestor local.

Após levantamento dos dados coletados, indicadores de saúde relevantes para identificação de fatores determinantes da saúde, as Equipes de Saúde da Família poderão, junto com a comunidade de sua área de abrangência e gestores realizar o planejamento de trabalho de cada equipe e de toda UBS, dando maior ênfase às áreas de risco e às intervenções consideradas prioritárias (estas poderão ser realizadas concomitante ao processo de territorialização e diagnóstico).

4. DIAGNÓSTICO DE ÁREA

O diagnóstico de área é tecnologia essencial para desenvolvimento de ações de saúde pelas equipes locais e gestão em seus micro e macroprocessos, tanto no campo individual quanto no coletivo. É uma pesquisa das condições de saúde e risco de uma determinada população.

O diagnóstico inicia-se a partir dos dados coletados no cadastro. Com base nas informações dos aspectos demográficos, socioeconômicos, culturais e sanitários, assim como, seus principais indicadores, pode-se dar início a análise e planejamento das ações de saúde mais focais e efetivas em relação aos problemas encontrados.

4.1. Compilar as informações necessárias para o diagnóstico

As informações digitadas nos cadastros do e-SUS poderão ser acessadas nos relatórios emitidos. Além desses relatórios, as informações complementares coletadas também serão utilizadas para o diagnóstico territorial.

4.1.1 Informações dos Relatórios do e-SUS

- Relatório de Cadastro Domiciliar e Territorial (Anexo VI):

Como obter: e-SUS → PEC → Relatórios → Consolidados → Cadastro domiciliar e territorial

- a) Tipo de imóvel;
- b) Condições de moradia: situação de moradia/posse da terra; localização; tipo de domicílio; condição de posse e uso da terra; tipo de acesso ao domicílio; material predominante na construção das paredes externas; disponibilidade de energia elétrica; abastecimento de água; tipo de água para consumo no domicílio; forma de escoamento do banheiro ou sanitário; destino do lixo;
- c) Animais no domicílio;
- d) Famílias: renda familiar.

- Relatório de Cadastro Individual (Anexo VI):

Como obter: e-SUS → PEC → Relatórios → Consolidados → Cadastro individual

Informações de identificação do usuário e sociodemográficas:

- a) Total de usuários;
- b) Identificação do usuário:
 - Número de usuários por faixa etária;
 - Se desconhece mãe ou pai; identificação do responsável familiar;
 - Sexo, raça e cor, etnia, nacionalidade.
- c) Informações Sociodemográficas:
 - Relação de parentesco com o responsável familiar; ocupação (Código Brasileiro de Ocupações - CBO);
 - Escolaridade;
 - Situação no mercado de trabalho;
 - Crianças de 0 - 9 anos, com quem fica;
 - Orientação sexual: heterossexual, homossexual, bissexual, outro;
 - Identidade de gênero: homem transexual, mulher transexual, travesti, outro;
 - Se possui alguma deficiência;
 - Outras informações sociodemográficas: se é membro de povo ou comunidade tradicional; se frequenta cuidador tradicional (envolve práticas de cuidado,

saberes empíricos, crenças e costumes culturais das comunidades locais tradicionais); se frequenta escola ou creche; participação em algum grupo comunitário; se possui plano de saúde privado.

d) Tipo de saída do cidadão do cadastro: mudança de território ou óbito.

- Relatório de Cadastro Individual (Anexo VI):

Condições/situações de saúde gerais:

- a) Acamado, hanseníase, tuberculose, domiciliado, fumante, gestante, uso de álcool, outras drogas, PIC (Práticas Integrativas e Complementares), diabetes, hipertensão arterial sistêmica (HAS), câncer (CA), acidente vascular cerebral (AVC), saúde mental, infarto, internação nos últimos 12 meses, se usa plantas medicinais;
- b) Informação sobre o peso (auto referido);
- c) Doença respiratória: asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) /enfisema, outras;
- d) Doença cardíaca, insuficiência cardíaca;
- e) Problemas renais.

- Relatório de Cadastro Individual. Outras informações (Anexo VI):

- a) Cidadão em situação de rua (acompanhamento por instituição, referência familiar, se recebe benefício social e se visita algum familiar com frequência, tempo em situação de rua, quantas refeições por dia e origem desta, acesso à higiene pessoal - banho, sanitário, higiene bucal).

4.1.2 Informações complementares para o diagnóstico (não constam nos relatórios do e-SUS):

Durante a coleta de informações, além dos dados obtidos por meio do cadastramento (fichas de cadastro: individual e domiciliar/territorial), pode-se obter outras informações que serão importantes para a realização do diagnóstico de área. Essas informações poderão ser obtidas por meio da observação no próprio território, parceiros e líderes comunitários, conselhos de saúde locais ou consultando outros órgãos, como a

Administração Regional¹³ ou sites, como por exemplo o site do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES¹⁴ ou outros sistemas de informação¹⁵.

Também poderão ser consultados os informes epidemiológicos da SVS/SESDF¹⁶.

A equipe poderá contar com o Agente de Combate a Endemias (ACE) ou Agente de Vigilância Ambiental em Saúde (AVAS) para levantamento de dados referentes ao perfil ambiental.

São exemplos de informações complementares importantes:

- Características das famílias e a área de abrangência:

a) Histórico da região: formação, descendência da população, hábitos, costumes, estilo de vida, crenças e tradições;

b) Total de famílias cadastradas;

c) Estrutura familiar (composição/tipo de família, média do nº de pessoas por família, situação conjugal, papéis familiares, desestrutura familiar, redes de apoio da família);

d) Horário que o usuário (s) /família (s) pode (m) ser mais facilmente acessado (s), contato telefônico ou outros;

e) Distribuição da população na área; relação entre a quantidade da população e área de abrangência;

f) Percentual de cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em relação à população da Região de Saúde e Região Administrativa;

g) Total de nascimentos (último ano);

h) Considerar a população flutuante e transitória (no caso da população trabalhadora em uma obra, por exemplo);

i) Para população em situação de rua (outras informações importantes): local onde costuma passar o dia, atividade de subsistência, se possui documentos;

j) Suspeita de situações de violência;

k) Pontos de tráficos de droga, prostituição, locais ermos, desmonte de carros e outros;

l) Locais de trabalho infantil ou análogo a escravo;

m) Participação social nas decisões do território;

n) Participação em movimentos sociais;

¹³<http://www.df.gov.br/administracoes-regionais/>

¹⁴<http://cnes.datasus.gov.br/>

¹⁵<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>

¹⁶<http://www.saude.df.gov.br/informes-epidemiologicos>

o) Identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;

p) Meios de comunicação utilizados (rádio, televisão, jornais comunitários, internet, etc.);

q) Oferta de transporte público para acesso à UBS, caso não disponha, quais os recursos de transporte utilizado pela comunidade;

r) Lazer;

s) Feiras livres, indústria, comércio, outros serviços;

t) Áreas em expansão imobiliária como programas sociais de moradia e empreendimentos privados;

u) Presença, tipo e preservação de: pavimentação, arborização, via de pedestres, ciclovias, praças públicas, áreas de lazer;

v) Barreiras arquitetônicas;

w) Limites geográficos, barreiras (quais, e como são);

x) Áreas com elementos de risco (água contaminada, vetores, poluição, agrotóxico, etc.);

y) Presença de construções e casas abandonadas, locais de acúmulo de lixo;

z) Identificação das áreas de risco social, sanitário, ambiental, situações de risco da população trabalhadora, vazios assistenciais e outras que julgarem necessárias;

aa) Ambiente com ar poluído por (indústrias, carvoarias, pedreiras, entre outros), além de ambientes com utilização de agrotóxicos em agronegócios;

bb) Foco de vetores (*Aedes aegypti*, anófeles), animais domésticos, criadouros de (aves, bovinos, suínos, ovinos, outros), animais errantes (cães, cavalos, roedores, animais silvestres); Exposição ao sol (trabalhador do campo e da floresta).

- Características da situação de saúde no território:

a) Demandas/necessidades de saúde referidas pela população;

b) Locais que o usuário costumeiramente procura em casos de doenças ou agravos;

c) Outras morbidades (Dengue, Chikungunya, Zika, Microcefalia, Sífilis em gestante, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), entre outras);

d) Estado nutricional infantil e adulto;

e) Cobertura vacinal, segundo o calendário vigente;

f) Mortalidade (dados do último ano): utilizar o sistema de informações sobre mortalidade (SIM).

- Redes referenciadas e infraestrutura da UBS:

- a) Pontos de atenção à saúde de referência: instituições de saúde públicas utilizadas como referência da equipe (hospitais, laboratórios, farmácias);
- b) Estabelecimentos saúde públicos e privados da área de abrangência da equipe (UPA, Policlínica, Centros de Referência, Casa de Parto, CAPS, Hospitais, Clínicas e outros estabelecimentos privados);
- c) Componentes da equipe e outros profissionais (equipe ampliada como NASF-AB) – carga horária de cada profissional;
- d) Capacidade instalada da UBS (quantidade de consultórios, salas, serviços, etc.);
- e) Equipamentos, insumos, materiais para realização das ações/serviços previstos pela Carteira de Serviços da APS/DF¹⁷;
- f) Transporte para realização de intervenções no domicílio/comunidade;
- g) Educação permanente, continuada, capacitação/treinamento em serviço para os profissionais;
- h) Estrutura física (planta da UBS) que contemple a segurança e conforto dos profissionais e usuários;
- i) Carteira de Serviços: ações e serviços que são ofertados/realizados pela equipe/UBS, porcentagem (Carteirômetro¹⁸);
- j) Acesso da população aos serviços de saúde em relação à mobilidade urbana (distância, meios de transporte, tempo, custos, barreiras geográficas etc);
- k) Horário de atendimento;
- l) Parcerias existentes ou possíveis parceiros para as ações de saúde (equipamentos sociais/públicos): associação de moradores, cooperativas, comércio, líderes comunitários, igrejas, academias, faculdades, administração, escolas, ONG (organização não-governamental), CRAS (Centro de Referência e Assistência Social); Conselho Tutelar, restaurante comunitário, polícia militar, entre outros.

¹⁷http://brasiliaaudavel.saude.df.gov.br/2055/Noticias/DestaquesDabrSaudeDaFamiliaDoDf_238951/

¹⁸ Instrumento que mede a porcentagem de ações/serviços realizados pela APS previstos na Carteira de Serviços da APS/DF.

4.2 Demarcação das microáreas e área da equipe de saúde – Ações:

- Identificar as microáreas de risco¹⁹ e grupos populacionais que concentram mais risco à saúde²⁰;
- Realizar avaliação dos dados adquiridos no cadastro, a fim de definir necessidade de mudança na delimitação de área e microárea;
- Rever alguma etapa do processo sempre que houver alterações na dinâmica do território;
- Discutir o diagnóstico com as demais equipes da UBS, gestores e representantes da comunidade;
- Redistribuir as áreas dentre as equipes, quando necessário, em conjunto com gestores, observando os parâmetros da legislação vigente;
- Planejar as ações assistenciais, considerando as prioritárias, face ao diagnóstico territorial realizado, aos moldes dos processos de trabalho da Estratégia Saúde da Família.

5. PRINCIPAIS PERGUNTAS QUE SURGEM DURANTE A TERRITORIALIZAÇÃO E/OU DIAGNÓSTICO DE ÁREA

- a) Quando posso mudar o território, a macroárea (área total de uma ESF) ou a microárea (divisão de uma macroárea)?

À medida que a população de determinada área cresce, ou muda sua condição de vulnerabilidade é necessário rever o território. Ao mudar a área de abrangência da macro ou microárea – retirando usuários do cadastro ou inserindo novos usuários é necessário uma articulação com a população local, explicando as novas mudanças e principalmente pactuando com os envolvidos a responsabilidade da assistência. As mudanças de território devem ser realizadas conjuntamente com os gerentes das UBS adjacentes e DIRAPS.

- b) Quando posso retirar e recadastrar os usuários?

O usuário deverá ser cadastrado na UBS de referência de acordo com sua área de residência, ou seja, mudou de local de residência será atualizado o cadastro no novo domicílio e o usuário que mudou será desvinculado da equipe. No

¹⁹ São as áreas que possuem fatores de riscos e/ou barreiras geográficas ou culturais, ou ainda áreas com indicadores de saúde muito ruins.

²⁰ Grupos de risco: diabéticos, hipertensos, gestantes, crianças de baixo peso ao nascer, desnutridos, acamados, idosos, etc.)