



**DANIEL HIPÓLITO MACHADO JUNIOR**

**TERRITORIALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO  
ADSCRITA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA 905**

**CAMPO GRANDE/MS  
2014**

**DANIEL HIPÓLITO MACHADO JUNIOR**

**TERRITORIALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO  
ADSCRITA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA 905**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
à Universidade Federal do Mato Grosso do  
Sul como requisito para obtenção do título de  
Especialista em Atenção Básica em Saúde da  
Família. Orientadora: Professora Ana Cecília  
Demarqui Machado

**CAMPO GRANDE/MS  
2014**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho a todos os componentes da Equipe de Saúde da Família 905 que trabalharam ativamente para sua construção: Enfermeira Raquel, Técnica de Enfermagem Mariza e as ACSs empenhadas Clarice, Ionete, Laudenir, Janete e Edna.

Não poderia deixar de dedicar essa árdua tarefa a minha dedicada tutora, Ana Cecília Demarqui Machado.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço principalmente aos pacientes que compõe a população do Bairro JK, pois foi com o objetivo de prestar um atendimento de qualidade a esses indivíduos que decidimos por esse Tema. Não posso deixar de agradecer o empenho de toda ESF 905.

“Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho.”

(Dalai Lama)

## RESUMO

Entendendo a territorialização como parte fundamental para que o trabalho das Equipes de Saúde da Família seja otimizado devido ao fato de levar o profissional a conhecer a comunidade e seu meio ambiente, foi proposto mapeamento da área correspondente a ESF 905 do Bairro JK do município de Ji-Paraná. Obteve-se através de visitas à área, pesquisas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Avaliação das fichas A's das famílias cadastradas um perfil da população e de seu ambiente; levando-nos a conhecer os principais pontos de vulnerabilidade, agravos prevalentes e perfil da população adscrita. O Plano de Intervenção possibilitou estabelecer quais são os indivíduos e as microáreas que merecem maior atenção da ESF, norteando desta forma o modo de trabalho e as prioridades nas consultas e visitas domiciliares.

**Palavras-chave:** Territorialização; Mapeamento; Vulnerabilidades.

## **ABSTRACT**

Understanding the territorial as a fundamental part to the work of the Family Health Teams is optimized due to the fact of taking the professional to know the community and its environment , was proposed mapping of the area corresponding to ESF 905 of neighborhood Jk,Ji -Paraná . Obtained through visits to the area , research in the Primary Care Information System ( SIAB ) and Evaluation of A`s records of families registered a profile of the population and its environment ; leading us to know the main points of vulnerability , and a prevailing profile of the registered population . The Intervention Plan allowed establish which individuals and micro areas deserve more attention from the ESF , thus guiding the work mode and priorities in consultations and home visits.

**Keywords:** Territorialization; Mapping; Mapping.

## GRÁFICOS

Gráfico 1. ....	18
Gráfico 2.....	18
Gráfico 3.....	18
Gráfico 4.....	19

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1.....	14
Figura 2.....	15
Figura 3.....	16
Figura 4.....	17
Figura 5.....	22



# SUMÁRIO

<b>1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Introdução.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 Objetivos: Geral.....</b>	<b>11</b>
<b>2. ANÁLISE ESTRATÉGICA.....</b>	<b>12</b>
<b>3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>21</b>
<b>5. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>23</b>

## 1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

### 1.1 Introdução

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é fundamentada em princípios e diretrizes que priorizam o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família nos diferentes momentos do ciclo da vida, de forma integral e contínua, esse trabalho deve levar em conta, em primeiro lugar, o conhecimento do território onde se vai atuar<sup>1</sup>, o que significa ir além dos muros da Unidade Básica de Saúde (UBS)<sup>2</sup>.

A compreensão atual de que o processo de saúde-doença é resultante da interação de variáveis biológicas, psíquicas e sociais nos remete a necessidade de ampliar nosso olhar para poder compreender e intervir de forma mais eficaz. A territorialização é uma ferramenta essencial para que possamos alcançar esta ampliação e por isso faz parte do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, consistindo na principal referência para a compreensão das condições de vida, do perfil de adoecimento e morte e a vulnerabilidade diferenciada dos segmentos sociais<sup>3</sup>.

A importância deste trabalho particulariza-se pela consciência do não desenvolvimento do enfoque territorial para o desenvolvimento de políticas de saúde, o que tem comprometido o atendimento das múltiplas realidades que se apresentam no território, assim como a superação das desigualdades nele observadas<sup>4</sup>.

Dessa forma nos tornamos sensíveis a real necessidade em usar a territorialização em saúde em benefício da saúde pública, desta forma foi possível perceber a necessidade de rever o processo de territorialização da UBS Juscelino Cardoso de Jesus, mais especificamente a área de atuação da Equipe de Saúde da Família 905 que possui a UBS acima referida como referência, compreendendo o Bairro JK, localizado no segundo Distrito do município de Ji-Paraná – Rondônia, encontrando se dividido em seis microáreas, sendo cinco dessas com cobertura por Agentes Comunitários de Saúde e uma descoberta.

O território é um espaço em permanente construção e reconstrução. É a concepção de território processo que além de um território-solo é um território econômico, político, cultural e epidemiológico, configurando uma realidade de saúde sempre em movimento, nunca pronto<sup>5</sup>.

Partindo desse princípio é que objetivamos com esse trabalho conhecer as pessoas e os determinantes que atuam nesse território; Identificar suas necessidades e potencialidades e desta forma prover ações e planejamento direcionado a realidade local.

## **1. 2. Objetivo Geral**

Realizar reuniões em equipe para Identificar os determinantes da saúde e iniquidades presentes no território por meio do mapeamento territorial.

### **1.2.1. Objetivos específicos**

Analisar e caracterizar os usuários deste território segundo os dados do SIAB e prontuários;

Utilizar a territorialização como elemento norteador para o planejamento e construção de um modelo adequado à realidade local.

## 2. ANÁLISE ESTRATÉGICA

O mapeamento proposto utiliza como mediador a elaboração de mapas, contudo para identificar necessidades de saúde centradas na comunidade considera a determinação social da doença e a dinamicidade do território, tornando o trabalho um processo reflexivo e crítico, que incorpora as dimensões socioafetivas, culturais, como também as transformações territoriais e do modo de vida<sup>3</sup>. Na construção deste trabalho, faremos uso de recurso tecnológico próprio, notebook e internet, além do programa gratuito “Google Earth” e “Google Maps”, para a construção das imagens exibidas, adquiridas via satélite.

No que concerne à população, trata-se dos Moradores do bairro JK que possuem a Unidade Básica de Saúde Juscelino Cardoso de Jesus como referência. Nossa população, portanto, foi composta pelos moradores da área equivalente a Equipe de Saúde da Família (ESF) 905. Trata se de uma organização social composta por 2464 pessoas agrupadas em 822 famílias.

O Trabalho contará com a participação ativa de toda ESF que atualmente é composta por um Médico, uma Enfermeira, uma Técnica em Enfermagem e Cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Segundo Pessoa<sup>3</sup> o território sob responsabilidade dos trabalhadores de cada setor como estratégia para o planejamento de suas ações já está suficientemente proposto, o que tem apresentado como desafios são os métodos utilizados para o processo de desvelamento do território, desta forma propusemos que os ACSs seriam os responsáveis pela produção de um mapa de sua respectiva microárea contendo informações sobre os principais pontos de risco que identificarem, sejam eles ligados a saneamento (lixões, ruas sem asfalto, terrenos baldios entre outros), cultura/religião (igrejas, centros de convivência, associações) e indivíduos vulneráveis (acamados, portadores de doenças crônico-degenerativas) e dessa forma através de reuniões quinzenais realizadas no auditório da UBS, iniciadas no mês de maio avaliaremos como está ocorrendo a captação dos dados necessários.

Como responsabilidade do Médico e da Enfermeira está a obtenção de dados via SIAB para caracterização da amostra a ser estudada quanto ao

número de indivíduos, separação dos mesmos quanto faixa etária, principais agravos a que estão submetidos e condição socioeconômica, tarefa a ser realizada durante os meses de junho, julho e agosto de 2014.

Sobre incumbência da Técnica em Enfermagem a conferência dos dados coletados com os prontuários que estão cadastrados para garantir se tratar de dados atuais e que reflitam o mais próximo a realidade vivencia pela ESF.

Designamos os meses de setembro e outubro do corrente ano (2014) para compilação dos dados onde serão realizadas reuniões semanais em que o Médico munido de notebook e programa gratuito “Google Earth” irá demarcar com ajuda de todos os outros componentes da Equipe de Saúde da Família os dados que foram obtidos durante as tarefas supracitadas.

Por fim estabelecemos com conclusão do trabalho uma exposição dos dados obtidos por meio de uma apresentação em slides elaborados em “power point” pelo Médico e Enfermeira, além de confecção de um Banner contendo a representação gráfica do trabalho realizado a ser apresentado no dia 20 de novembro de 2014 as 8 horas no auditório da UBS Juscelino Cardoso de Jesus, tendo como convidados aos indivíduos que compõem a área adscrita da ESF 905, os membros da respectiva Equipe, a Diretora da unidade e a Coordenadora da Atenção Básica do Município de Ji-Paraná.

### 3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.

As reuniões com a presença de todos os componentes da Equipe de Saúde da Família (ESF) se iniciaram no dia 15 de maio e se repetiram nos dias 30 do mesmo mês, 20 de junho, 3 e 24 de julho, suspendemos as reuniões no mês de Agosto devido ao período de férias do médico da Equipe e passaram a ser feitas atualizações necessárias por meio de correio eletrônico trocados entre os membros ESF. Essa primeira etapa de encontros supracitados foram designados para a elaboração de um esboço das microáreas, principais agravos e pontos de vulnerabilidade identificados pelos ACSs (Figuras 1 e 2).

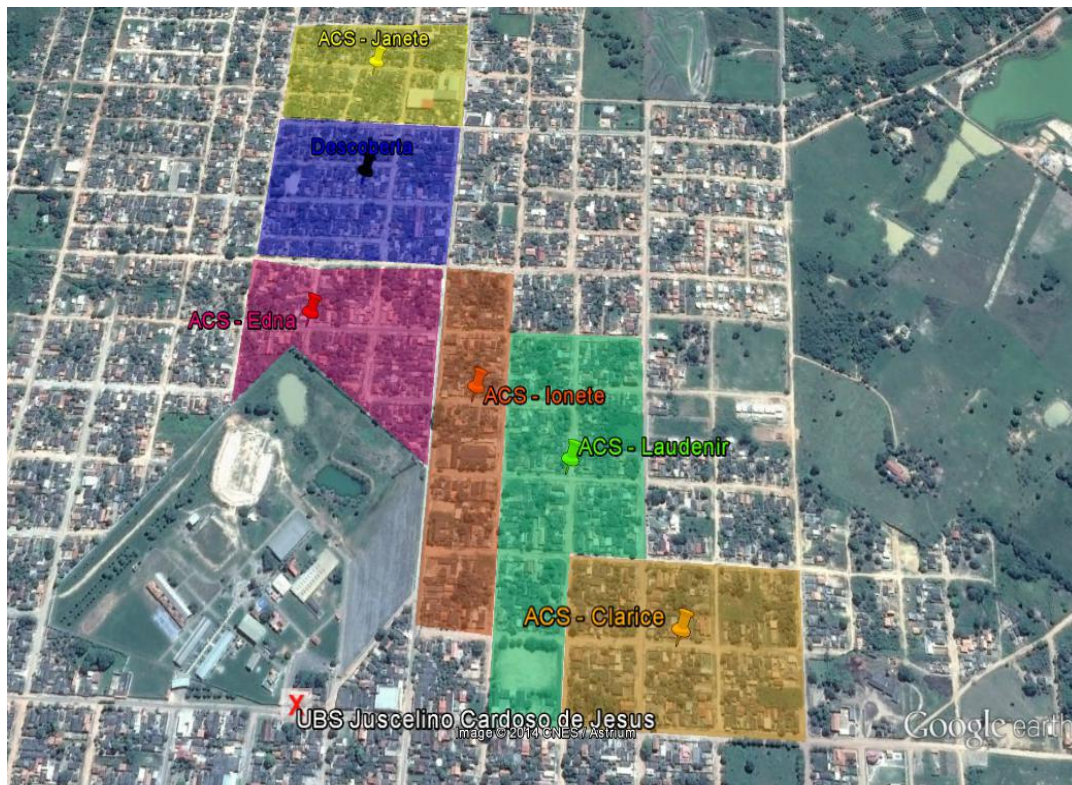
Figura 1. Reunião para consolidação dos dados.



Fonte: Própria



Figura 3. Área correspondente à ESF 905 e suas microáreas



Fonte : Imagem via satélite, obtida através do programa Google Earth.

Ao avaliar a imagem acima e possível identificar em nossa área uma microárea que encontra se descoberta por estarmos com número aquém de Agentes Comunitários.

Atualmente, possuem várias igrejas, sendo a maioria, representada por Igrejas Evangélicas, funcionando em pequenos espaços físicos, há uma paróquia da Igreja Católica e um Centro Espírita. Estes são espaços físicos que poderiam ser utilizados como pontos de apoio e instrumento social pela ESF.

Quanto aos demais equipamentos sociais presentes na área, há uma Escola Municipal de Ensino Fundamental, uma Creche Municipal com capacidade para 156 crianças matriculadas, uma associação de moradores e uma associação de idosos.

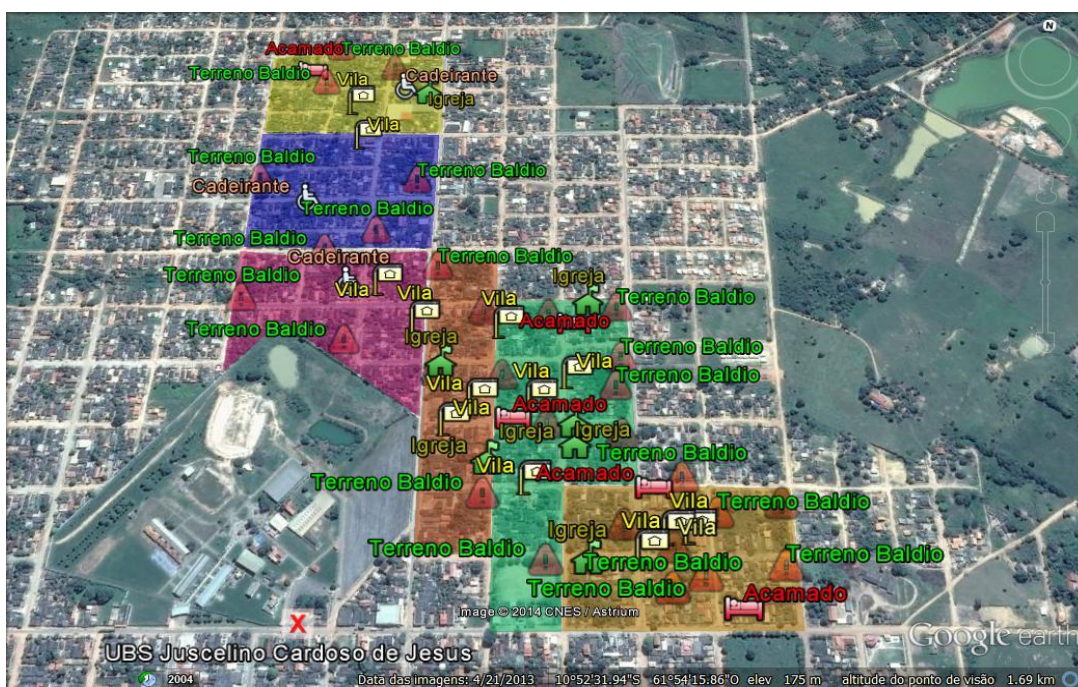
Não há praças, locais de laser público, Departamentos de Polícia ou asilos na área. A diretora da creche refere que o número de vagas é limitado diante a demanda do bairro, com pedidos de matrículas diários ao longo de todo o ano. A associação de moradores possui uma sede bem localizada, porém, encontra-se em estado precário de conservação. A associação de



idosos restringe-se há encontros pontuais na varanda de uma residência.

Ao realizarmos estudo de campo podemos mapear cada um dos pontos de risco e sua população, representando locais de vulnerabilidade social, devemos dar especial destaque para as “vilas de apartamento” com aglomerados humanos; pontos de comercialização de drogas ilícitas; diversos terrenos baldios, construções abandonadas. Vários são os locais de descarte de lixo a céu aberto, sendo possível encontrar até mesmo pneus velhos, representando possíveis focos de reprodução do mosquito vetor da Dengue; Esgoto a céu aberto presente em boa parte das ruas não pavimentadas. Alguns dos referidos estão pontuados no mapa abaixo.

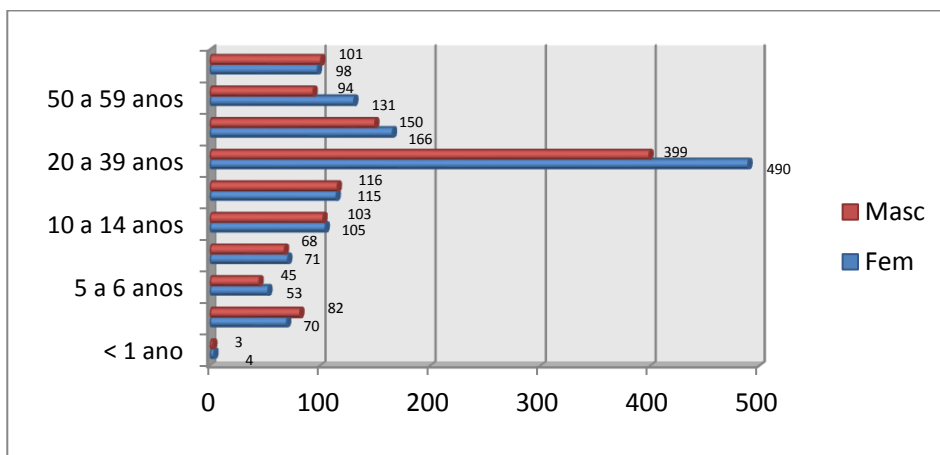
Figura 4. Pontos de risco e população vulnerável.



Fonte : Imagem via satélite, obtida através do programa Google Earth.

Como população de risco, podemos observar a presença de pacientes acamados, portadores de doenças crônicas debilitantes, TB, hanseníase, ou usuários de drogas ilícitas e alcoólatras.

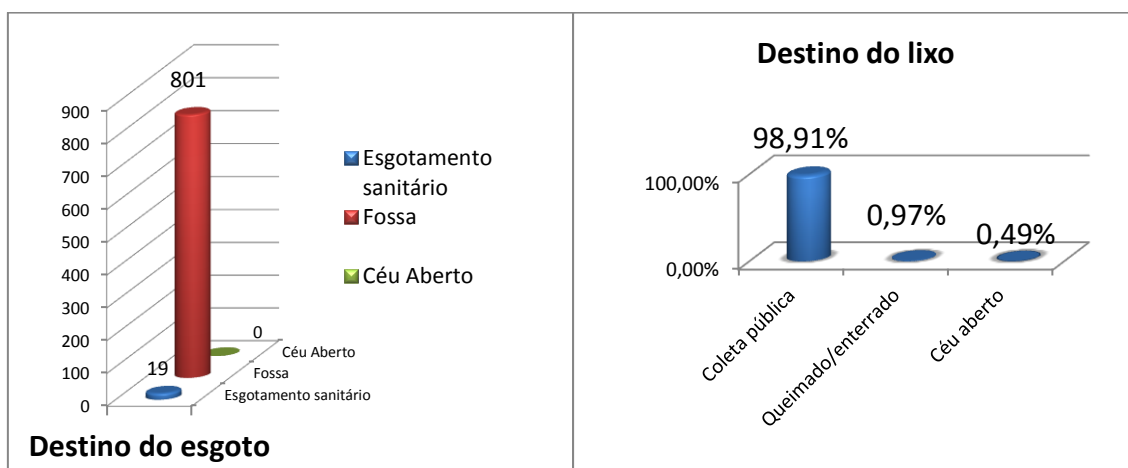
Ainda na territorialização, podemos construir um perfil da população estudada, através dos dados disponibilizados no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), alimentado pelos integrantes de cada ESF. Com estes podemos conhecer os dados demográficos abaixo<sup>8</sup>



**Gráfico 1** – Demonstrativo do perfil demográfico da população adscrita, com dados coletados do SIAB.

O gráfico acima evidencia uma preponderância de adultos jovens na faixa etária de 20 a 39 anos de idade, ainda, percebemos o aumento do número de idosos e pequena quantidade de menores de 1 ano, de acordo com a tendência nacional de pirâmide etária.

Quanto ao destino do esgoto, constatamos a presença de pontos ainda críticos com esgoto e descarte de lixo a céu aberto, parecendo haver discrepância com a pequena quantidade registrada no SIAB.

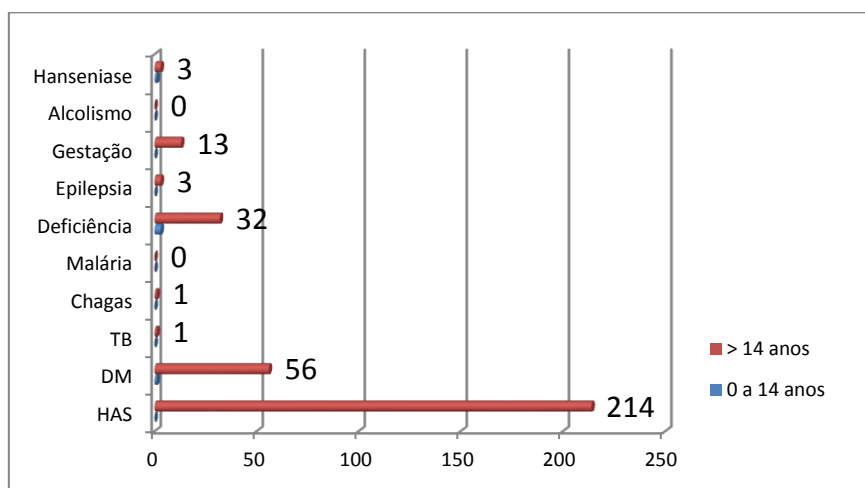


**Gráfico 2 e 3** – Relação da população adscrita quanto à presença de esgotamento ou fossa, e quanto ao destino do lixo.

Netes gráficos fica claro a preponderância das fossas sépticas e do destino do lixo por meio de coleta pública em sua grande maioria. Em nossas

visitas ao território físico, no entanto, percebemos que a presença do lixo em terrenos baldios e de esgotos a céu aberto, bem como drenagem do esgoto doméstico para valas nas marginais das ruas ainda é algo vivenciado com frequência nessa comunidade.

No que concerne aos agravos à saúde, expomos um gráfico com os dados coletados no SIAB, pela UBS, como abaixo.



**Gráfico 4** – Número dos agravos em saúde coletado através do SIAB.

Neste gráfico, fica evidente a prevalência das doenças crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo II<sup>8</sup>. Parece-nos evidente a subnotificação diagnóstica e de registro no número de alcoolismo. Os demais dados parecem-nos correspondentes à realidade vivida durante o fluxo dos atendimentos na UBS.

Após a compilação de dados propusemos uma reunião previamente agendada para o dia 20 de novembro de 2014 às 8 horas no auditório da Unidade, objetivamos convidar o máximo de usuários da área adscrita, tarefa que ficou a cargo dos ACSs, na área, e do Médico, Enfermeira e técnica em Enfermagem durante os atendimentos, foram chamados todos os funcionários da UBS e a Coordenadora da Atenção Básica.

Pudemos nessa oportunidade partilhar as vivências advindas desse trabalho e apresentar o panorama de agravos, perfil populacional e condições socioeconômicas encontradas. Oferecemos a oportunidade aos usuários de se manifestarem e quando o fizeram elencaram pontos positivos como estar mais próximo de seu ACS e reconhecer os membros da ESF, além de compreender

melhor a dinâmica de atendimentos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devemos pontuar que a territorialização, como exemplificado, pode nos ser útil na construção das mais diversas estratégias na área de atuação de uma UBS, respeitando e cumprindo os princípios doutrinários do SUS, em destaque, a Equidade. Conhecendo as áreas de maior risco social, podemos destinar maiores esforços a estas áreas e sua população para conseguir prover-lhes saúde.

Implementamos com base nos dados compilados um curso de capacitação dos ACSs, realizado com reuniões mensais para abordar temas de relevância em nossa população adscrita. Nos próximos três encontros os temas definidos serão respectivamente: cuidados com terrenos baldios, Vida nas Vilas de apartamentos, Esgoto e lixo a céu aberto.

Identificamos a necessidade de tornar as igrejas espaços a serem ocupados por atividades da Equipe da Saúde da Família, desta forma os indivíduos se sentirão mais próximos dos membros da Equipe e passaremos de certa forma a integrar cada vez mais essa comunidade, para que isso ocorra transferimos nossas reuniões de grupo, antes realizadas no auditório da Unidade Básica de Saúde para estes centros religiosos.

Ao traçar o perfil dos agravos e notar a prevalência das doenças crônico-degenerativas de forma marcante Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes optamos por otimizar as atividades do grupo, HIPERDIA, tornando as reuniões mensais e não mais bimensais, optamos por compartilharmos nessas ocasiões um café da manhã em que contenha sucos de frutas sem açúcar, alimentos integrais e frutas com baixo índice glicêmico. Nesse mesmo grupo passamos a solicitar sempre uma palestra com profissional do NASF ou da própria Equipe sobre os mais variados temas que possam influir de forma positiva na condução clínica do tratamento dos pacientes em questão.

Pudemos identificar durante esse trabalho que alguns dados estavam em desacordo ou mesmo desatualizados se comparados com realidade vivenciada na área adscrita onde foi desenvolvido o trabalho, além de reconhecer que nos tornamos mais íntimos do nosso instrumento de trabalho, população do Bairro JK, conferindo maior proximidade entre ações a serem desenvolvidas pela equipe e necessidades reais dos indivíduos assistidos.

Como fechamento do Projeto de Intervenção foi realizada no dia 20 de novembro uma reunião para apresentação do trabalho desenvolvido, resultados encontrados e expectativas, tal encontro contou com a presença de todos os componentes da Equipe de Saúde da Família (médico, enfermeira, técnica de enfermagem e ACSs), funcionários da recepção, copa, farmácia e diretoria da UBS além de 47 representantes da população da área 905 (Figura 5).

Figura 5. Apresentação do Projeto de Intervenção.



Fonte: própria

## REFERÊNCIAS

1. Mafra MRP, Chaves MMN. O processo de territorialização e atenção à saúde no Programa de Saúde da Família. Fam. Saúde Desenvolv; Curitiba maio/agosto, 2004; v.6 n.2, p.127-133.
2. Brasília: MS; 2001 – Manual de Enfermagem; Instituto para o desenvolvimento da saúde.
3. Pessoa MV, Rigotto RM, Carneiro FF, Teixeira ACA. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. Ciênc. saúde coletiva; Rio de Janeiro Agosto, 2013; vol.18 n.8, p.2253-2263.
4. Gadelha CAG, Machado CV, Lima LD, Baptista TWF, Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. Ciênc. saúde coletiva; Rio de Janeiro, Junho 2011; vol.16 no.6 p.3003-3017.
5. MENDES AO, Oliveira FA; Visitas domiciliares pela Equipe de saúde da Família: reflexões para um olhar ampliado para o profissional. Rev. Bras. Med. Fam. e Com.; Rio de Janeiro, jan/mar, 2007; v2, Nº 8, p.253-260.
6. Ribeiro PT; Direito à saúde: integridade, diversidade e territorialidade; Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro Nov/Dez. 2007; vol.12 n.6 p.1525-1533.
7. Genovez PF, Vilarinho MTB, Cazarotto JL. Entre o moderno e o rústico: a territorialização da medicina preventiva no médio Rio Doce. Hist. cienc. Saúde Manguinhos; Rio de Janeiro Out./Dez. 2012; vol.19 no.4 p.1333-1339.
8. Brasília: MS; 2012 - Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB [capturado em 24 de junho de 2014]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSRO.def>