

CAPITULO 4.3

VIVENCIANDO A TERRITORIALIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

*Patrícia Távora Bulgarelli
Dulce Maria Bedin
Alexandre Fávero Bulgarelli
Renato José de Marchi*

Introdução

A Estratégia de Saúde da Família, eixo estruturante do Sistema Único de Saúde/SUS desde o ano de 1998, permite a coordenação do cuidado em saúde da população brasileira ofertando acesso ao serviço de saúde por meio de Unidade de Estratégias de Saúde da Família e/ou Unidades Básicas de Saúde. Desse modo, essa instância de acesso a complexa oferta de serviços em rede de atenção mostra-se como ordenadora para o serviço integral e integrado em saúde. Nesta perspectiva de cuidado em saúde pública, os municípios brasileiros passaram a realizar um processo de adscrição das famílias pertencentes às áreas de abrangência, sob cobertura das equipes de saúde da família instaladas. Tal processo recebe o nome de territorialização. (PEREIRA; BARCELLOS, 2006)

O processo de territorialização é uma ferramenta operacional da vigilância em saúde juntamente com as práticas e diagnóstico dos problemas sanitários na construção do planejamento estratégico situacional. É o gatilho para organização dos serviços e das práticas de vigilância em saúde, ou seja, o reconhecimento e mapeamento do território de acordo com as condições de vida, vulnerabilidade, ambiente e acesso as ações e serviços de saúde. Por meio deste processo se permite o planejamento de práticas de saúde para ampliar o acesso, tornando o cuidado em saúde mais efetivo, seja por meio da promoção de saúde ou da prevenção de doenças na área de abrangência. (TEIXEIRA, 1994) Ressalta-se que a territorialização é um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas em saúde em uma delimitação espacial previamente determinada. (MONKEN; BARCELLOS, 2005)

O município de Sapucaia do Sul encontra-se em processo de territorialização na busca de uma readequação da cobertura populacional pela Atenção Primária à Saúde/APS. Nesse atual processo, vivido no município em questão, a atualização da adscrição populacional das Unidades de Saúde da Família/USF é uma realidade que conta com o apoio institucional levando a um efetivo processo de territorialização. O mesmo, por vezes, é debatido no Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva/NUMESC na perspectiva da Política Nacional de Educação Permanente. O NUMESC é um ambiente coletivo, estruturado, participativo, democrático e humanizado. Tem o objetivo de elaborar um núcleo de conhecimento com criatividade e entendimento para gestores, profissionais da saúde, usuários, instituições de ensino e controle social, com primazia e desenvolvimento pessoal de todos os envolvidos, por meio da Educação Permanente em Saúde. (DUARTE et al., 2013)

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde ressalta as diretrizes da educação permanente em saúde para os profissionais do SUS e é regida pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, diz que:

Considerando que a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.01)

A Educação Permanente em Saúde é um processo ensino aprendizagem, ou seja, entre o ensino e as ações e serviços e entre a universidade e o serviço em saúde com o propósito de superar os programas de capacitações e de atualizações para os profissionais da saúde, com desafio de minimizar a distância entre a academia, serviços e comunidade. (ANTUNES, 2006; CECCIM, 2005a; LAMPERT, 2004) O referido processo ressalta a necessidade de um elo entre os trabalhadores da saúde e o seu próprio trabalho, buscando um maior protagonismo. (FERLA, 2012) É um processo educativo onde coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise, no qual viabilizam a construção de espaços coletivos para reflexão e avaliação de sentido das práticas diárias. Tais espaços geram autoanálise, autogestão e mudança institucional. (CECCIM, 2005b)

Sapucaia do Sul é um município brasileiro do estado do Rio Grande do Sul, pertencente à região metropolitana de Porto Alegre. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas/IBGE, o município possui 130.957 habitantes e com densidade demográfica de 2.233,61 habitantes/km². (IBGE, 2010) O município está sujeito ao fluxo da BR 116 e RS 118, articulando-se aos polos industriais de Cachoeirinha e Gravataí. A cidade possui boa estrutura industrial e cultura operária, fatores que contribuem para a instalação de indústrias, como siderúrgicas, metalúrgicas, fios têxteis, dentre outras.

Revisão de Literatura

A Estratégia da Saúde da Família

Em meados de 1994 surgiu, por meio do Ministério da Saúde/MS, o Programa de Saúde da Família/PSF como uma proposta de política pública com o intuito de reorganizar as ações da Atenção Básica/AB no Brasil. (SOUSA, 2008) O PSF iniciou por meio da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde/PACS onde o mesmo teve seu início no Ceará nos anos 80, com a finalidade de ser elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Tal fato possibilitou ações de vigilância mais pontuais e a organização da atenção à saúde, assim como os processos de regionalização e descentralização do SUS. (MAGALHÃES, 2011)

O PSF surge com a perspectiva de que as famílias brasileiras fossem a peça principal da atenção, a partir do ambiente físico e social em que vivem, integrando desde proteção e promoção de saúde até detectar precocemente e tratar as doenças, deixando de ser um modelo tradicional de assistência onde o objetivo principal era a cura de doenças no hospital para atenção centrada na família. (VIEIRA, 2012; SANTANA, 2001)

A política do MS, centrada na família, trabalha com uma área de abrangência, sendo que esta é de responsabilidade da equipe multiprofissional existente na Unidade de Saúde da Família, que pode ser uma ou mais equipe de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculada que pode ser de, no máximo, quatro mil pessoas. As famílias são cadastradas por meio de visitas domiciliares, realizadas por Agentes Comunitários de Saúde/ACS, e, assim, estabelece-se o vínculo da unidade/equipe com a comunidade. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Em 1998 o PSF passa a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família/ESF, pois o mesmo é considerado uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde com potencial de gerar um importante reordenamento do modelo de atenção vigente. (SCHERER et al., 2005) Para tanto, a palavra “programa” remetia a uma ação temporária e não permanente como acontece nos dias de hoje. (GARCIA, 2010) Atualmente a Estratégia de Saúde da Família/ESF é suportada pela Política Nacional de Atenção Básica/PNAB, onde a mesma aprovou a Portaria 2.488 de outubro de 2011. As ações multidisciplinares são planejadas a partir das necessidades locais, onde se faz o diagnóstico do território e se estabelece vínculos entre profissionais e a população, com intuito de garantir a efetividade da Atenção Básica/AB. (SILVA, 2013)

A equipe da ESF/eSF é composta por uma equipe multiprofissional, que possui um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico da família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família e

um auxiliar ou técnico de enfermagem, e agentes comunitários de saúde. Existe a possibilidade, também, de acrescentar a equipe de saúde bucal na equipe de saúde da família. Para tanto, essa equipe é composta por um cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, um Auxiliar de Saúde Bucal/ASB e/ou Técnico em Saúde Bucal/TSB. Nessa lógica, todos os profissionais são responsáveis pelas famílias da área geográfica adscrita, e como atividades, tem-se a territorialização, atendimento ambulatorial com visitas domiciliares, educação em saúde, vigilância epidemiológica, entre outras. (VIEIRA, 2012; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

Essas equipes (eSF), devem ser responsáveis por, no máximo, quatro mil pessoas, onde a média recomendada é de três mil pessoas, sempre obedecendo os critérios de equidade para essa definição. Para tanto, o número de pessoas por equipe deve ser considerado de acordo com o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território em questão, visto que, quanto maior for o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de usuários assistidos por equipe. A quantidade de ACS tem que ser capaz de cobrir totalmente a população cadastrada, com no máximo 750 pessoas por ACS e tem que ter 12 ACS por eSF, não podendo exceder o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

A perspectiva assistencial e de atenção à saúde no SUS tem nas premissas da Atenção Primária à Saúde/APS seu eixo norteador. Segundo Starfield (2002), a resolutividade da mesma deve se fundamentar nos procedimentos que não necessitam de especialidades. Dito de outra forma, a resolutividade da APS está na assistência ambulatorial de menor densidade tecnológica juntamente com a coordenação do cuidado para os diferentes níveis de atenção. Muitas vezes é na APS que múltiplos problemas de saúde da comunidade, bem como problemas de gestão do sistema, são solucionados. Para a aplicabilidade de tais contextos assistenciais a APS lança mão de duas perspectivas de atenção à saúde que juntas buscam ser resolutivas em 80% dos problemas de saúde das comunidades: um modelo de Estratégia de Saúde da Família e o modelo de Unidades Básicas de Saúde. (STARFIELD, 2002) Ambas trabalham com a figura profissional do Agente Comunitário de Saúde/ACS, indispensável para a lógica do trabalho na APS.

A Unidade de Saúde da Família/USF, atualmente o eixo norteador da APS no Brasil, deve ser a ordenadora do sistema, e desenvolver sua função de maneira resolutiva com procedimentos assistenciais de prevenção, pequenos procedimentos ambulatoriais além de controle de doenças e vigilância em saúde e vínculo com a equipe e comunidade. (STARFIELD, 2002; CAMPOS, 2009)

A Unidade Básica de Saúde/UBS, que muitas vezes trabalha com a presença de ACS, não é um local de triagem e encaminhamento, e sim um local de resolução dos problemas de saúde de menor morbidade e que necessitam de menor densidade e complexidade tecnológica para serem resolvidos. A APS, desse modo, deve ser resolutiva para diagnóstico e tratamento de problemas de saúde

envolvendo as Condições Sensíveis à Atenção Primária/CSAP, pois as mesmas são associadas a grupos de causas de internações em outros níveis de atenção à saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b) Assim, evita-se que a maioria dos casos seja encaminhada para centros especializados de assistência à saúde para serem resolvidos. Desse modo, a Atenção Primária à Saúde, tem que contar com profissionais capacitados e com competência técnica para solucionar os problemas nesse escopo, realizando, também, promoção de saúde e prevenção de doenças em geral. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000)

O processo de implantação das ESF foi progressivo em todo o país, entretanto, existe ainda um distanciamento entre as práticas voltadas para o sujeito doente, as quais são recomendadas pela Política Nacional de Atenção Básica/PNAB e pela perspectiva da clínica ampliada, daquelas que são implementadas com foco na enfermidade. (CUNHA, 2004) Dito de outra forma há uma necessidade real de que as práticas sejam voltadas para os sujeitos e não para a doença que se instala. Para que haja uma aproximação entre o preconizado nas políticas com tais práticas curativistas são necessárias mudanças na maneira de pensar e agir no cotidiano o qual têm sido insuficientes para alteração no modelo focado na cura da doença e no hospital como centro do cuidado em saúde. (CAMPOS, 2009; SILVA, 2013)

O município de Sapucaia do Sul passou por essa transição em meados de 2008. Em 2009 foram implantadas duas equipes de saúde bucal em duas Unidades de Saúde da Família denominadas ESF Vargas e ESF Freitas. Atualmente o referido município conta com dezenove ESF, com cobertura de 49,9% da população total e cinco UBS. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015) De acordo com dados do MS disponibilizados via TabNet do DATASUS e Cadastro Brasileiro de Ocupação/CBO 2002 acesso via Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/CNES. No mês de março de 2015 a rede de atenção à saúde em nível primário do município continha 16 cirurgiões dentistas, 120 Agentes Comunitários de Saúde/ACS, 3 Auxiliares de Saúde Bucal/ASB, 31 Médicos especialistas na área de Saúde Coletiva, 25 Enfermeiras da ESF bem como 33 Técnicos de Enfermagem de saúde da família dentre outros (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). O município de Sapucaia do Sul, de acordo com a Resolução Nº 555/12 – CIB/RS pertence a 8ª Região de Saúde da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde/CRS. Nessa realidade aconteceu a experiência narrada no presente trabalho.

A Territorialização

A Estratégia de Saúde da Família/ESF tem dentre suas premissas e pressupostos a identificação com a comunidade a qual exerce seu papel de promotora de saúde. Tal estratégia norteia suas ações de atenção, assistência e vigilância em saúde de acordo com as diversas realidades das comunidades das áreas de abrangência em que atua.

De acordo com o Ministério da Saúde/MS, a Política Nacional de Atenção Básica/PNAB, apresenta a ESF como um processo consolidado de forma prioritária para reorganização da Atenção Básica/AB no Brasil. A qualificação da referida estratégia, para organização da atenção básica, deve seguir as diretrizes do Sistema Único de Saúde/SUS dentro de uma atuação progressiva e singular considerando as especificidades loco – regionais. (BRASIL, 2012b) O presente trabalho fundamenta-se na especificidade da Atenção Primária à Saúde do município de Sapucaia do Sul/RS. O mesmo conta com dezenove unidades de Estratégia de Saúde da Família que são divididas em quatro Regiões de Saúde. Essas regiões são divididas em seis (uma delas em oito) microáreas, e cada uma dessas bases territoriais fica sob a vigilância de um Agente Comunitário de Saúde/ACS. Sapucaia do Sul possui, aproximadamente, cento e vinte ACS trabalhando nas unidades de Saúde da Família, vivenciando a atualização da territorialização das áreas de abrangências.

Tem-se que a territorialização é o levantamento de informação acerca de um território. Entende-se como território o espaço singular com certos limites políticos, administrativos, e com ações dos seus atores sociais. Dentro de seus limites, internamente tem-se que o território tem características homogêneas com sua identidade que muitas vezes foi construída histórica e socialmente. Assim, na ESF o ato de conhecer o território é de fundamental importância, pois consolida as ações para enfrentar problemas e necessidades da comunidade adscrita. (GONDIM et al, 2008) O reconhecimento desse território torna-se imprescindível para o reconhecimento da população e seus problemas de saúde, além de ser necessário para avaliação do impacto dos serviços realizados nos determinantes e condicionantes de saúde da população adscrita.

A territorialização faz parte do desenvolvimento de Redes de Atenção à Saúde/RAS, construindo unidades regionais definidas a partir das relações socioeconômicas, culturais e sanitárias, delimitando uma determinada população. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a) A mesma deve ser resolutiva no sentido de identificar riscos, vulnerabilidades, necessidades e demandas de saúde da área de abrangência, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015) Nesse pressuposto político, o município de Sapucaia do Sul mostra-se em processo de evolução de suas ações de saúde dentro da lógica da ESF, vivenciando um atual momento de busca de aumento da cobertura de tal estratégia no município.

Territorialização é, de certo modo, o mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades. Tal processo pode ser executado por todos os profissionais da ESF. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) Outro aspecto relevante que visa continuidade da territorialização é atualização constante do cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação local. Neste contexto é necessária uma forma sistemática de organização e acesso aos dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

O presente trabalho parte do pressuposto de que a territorialização é o trabalho básico e fundamental para a gestão das ações da ESF no entendimento de que esse processo se reflete na demarcação e caracterização de limites territoriais, o qual corresponde à área de atuação das equipes de saúde da família/agentes comunitários. Neste contexto, o território pode corresponder a um bairro, parte dele, ou de vários bairros, nas áreas urbanas ou em várias localidades, incluindo população em áreas rurais. (GONDIM, et al, 2008) A territorialização apresenta sentidos distintos e complementares como a delimitação das áreas de atuação dos serviços, a identificação do ambiente, da população e a dinâmica social presente nessas áreas, e, também, a construção de articulações com outros serviços. (PEREIRA; BARCELLOS, 2006)

Dentre as diretrizes da territorialização, seu resultado é a adscrição de uma população vinculada a uma unidade de saúde gerando o “território de abrangência”, que é a área que está sob a responsabilidade de uma equipe de saúde da ESF. (GONDIM et al., 2008) Tais conceitos vêm ao encontro da territorialização do município de Sapucaia do Sul/RS.

O Apoio Institucional

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2003 com o objetivo de colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde com intuito de produzir mudanças nos modos de coordenar e cuidar. A mesma, também, tem o objetivo de instigar a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de processos coletivos de enfrentamentos das relações de poder, de trabalho e de laços afetivos, onde, muitas vezes esses produzem práticas desumanizadoras, o que acaba por inibir a autonomia e a corresponsabilização dos profissionais de saúde no seu ambiente de trabalho e, até mesmo dos usuários no cuidado de si próprio. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

A produção teórica, bem como de documentos científicos, sobre o apoio institucional é, relativamente, recente, onde os primeiros documentos no âmbito do Ministério da Saúde/MS que discursam sobre apoio são de 2004, que descrevem as noções de apoio matricial e apoio integrado. Uma elucidação de apoio institucional foi apresentada na terceira edição do Documento Base da PNH em 2006. Desde então, vem sendo propagada e ampliada em outros documentos e textos do MS. (CESAR et al., 2014)

O Documento Base da PNH, na edição de 2008, descreve o apoio institucional como:

[...] função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde”, onde “um dos seus principais objetivos é fomentar e acompanhar processos de mudanças nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2008, p.52)

Segundo o documento “Diretrizes do Apoio Integrado para Qualificação da Gestão e da Atenção no SUS”, publicado no ano de 2012, o apoio institucional:

[...] configura-se numa estratégia do MS, que tem como objetivo maior, fortalecer a gestão do SUS com vistas à ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde, considerando a implementação das políticas expressas no Plano Nacional de Saúde e os dispositivos do Decreto 7.508/11. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p.08)

O mesmo documento, também, mostra que o apoiador:

[...] assume o posicionamento subjetivo, técnico, pedagógico, ético e político de acordo com os objetivos estratégicos da gestão federal e a metodologia de Apoio Integrado, aqui explicitada, e as demandas e/ou necessidades dos Estados e Municípios.

[...] No planejamento em Saúde, no âmbito estadual e municipal; No planejamento regional integrado, no âmbito de cada região de saúde; Na elaboração do desenho da rede de atenção à saúde em cada território; Na implementação das redes de atenção à saúde, com ênfase nas redes temáticas estabelecidas nas diretrizes do PNS e de acordo com a RENASES e RENAME; Na implementação de Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP), expressão dos compromissos de cada ente federado para com o sistema de saúde; E nos processos decorrentes destas ações, tais como regulação, monitoramento e avaliação, gestão do trabalho e educação na saúde, vigilância em saúde, dentre outros. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p.09)

O apoio institucional é pensado na PNH como uma função estratégica, um modo de produzir processos de democratização institucional, a partir da ativação de espaços de cogestão e de redes que se articulam com pensamentos coletivos dos processos de trabalho, das suas condições e relações. (DE OLIVEIRA, 2012) Destaca-se que o apoio institucional serve como um instrumento de intervenção que sugere mudanças necessárias para que o SUS se consolide como uma política efetivamente pública. (GUEDES; ROZA; BARROS, 2012)

Um dos desafios do apoio institucional é criar estratégias para confirmar e expandir o exercício de descentralização e de autonomia dos profissionais da saúde, assim como dos usuários, construindo possibilidades para a estruturação e manutenção de um modo de funcionamento baseado no diálogo, buscando uma transformação nas práticas de gestão e em saúde. (GUEDES; ROZA; BARROS, 2012)

O apoio institucional pretende superar a divisão entre quem planeja e quem executa e colocar todos em um mesmo cenário de decisões dos gestores, trabalhadores, usuários para que colaborem com a formulação, execução, avaliação e gestão democrática do serviço. (GUEDES; ROZA; BARROS, 2012)

Segundo Gastão Wagner de Sousa Campos, entrevistado no ano 2014 para a revista Interface, o que é mais sólido no apoio é a metodologia para saber lidar com as relações de poder no cotidiano e na gestão, pois na prática em saúde e na gestão, trabalha-se com poder o tempo inteiro. É necessário que ocorra a mudança de fato nos processos de trabalho, uma vez que o SUS não muda sem que haja mudança dos trabalhadores, dos usuários, dos atores e dos gestores. De nada adianta mudar as leis e as estruturas se as pessoas não mudam. O apoio busca expandir a capacidade de reflexão e de intervenção dos indivíduos. O apoio tenta unificar a proteção, a promoção e a reabilitação, sugerindo oferecer para a gestão a discussão do modelo de boas práticas, de diretrizes, de linhas de cuidado e, também, a subjetividade das relações de afeto e a cultura política. E ainda diz que, outro elemento da metodologia do apoio, é a cogestão, a gestão participativa, onde se tem um espaço de aprendizado com dimensão pedagógica, subjetiva e política, tomando decisões em coletivos, em grupos e em equipes, corroborando a necessidade da construção desses espaços coletivos. (RIGHI, 2014)

O planejamento, a avaliação e o monitoramento, são consideradas como as principais tecnologias de gestão do apoio, no entanto, são trabalhadas com propósitos distintos, pois algumas formulações conceituam essas tecnologias como mecanismos que agenciam os espaços coletivos e a formação de redes e rodas, enquanto que outras áreas englobam a lógica da administração dominante e utilizam os mecanismos de gestão para elevar o controle e a supervisão dos coletivos e dos trabalhadores, até mesmo os próprios apoiadores. (PEREIRA JUNIOR, 2014)

O apoiador institucional tem a missão de colaborar e oferecer suporte para que os coletivos modifiquem os seus processos de trabalho tornando-os mais democráticos e criativos e, assim deixá-los capazes de acolher e solucionar os

problemas de saúde e, também, de aumentar o nível de satisfação dos trabalhadores de saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2010)

O apoiador institucional reconhece a complexidade do trabalho coletivo e se dispõe a enfrentar problemas concretos, desafios e tensões do cotidiano como “matéria-prima” para seu trabalho. Assim, busca facilitar a conversão de situações paralisantes em situações produtivas. (BEDIN; SCARPARO; MARTINEZ, 2013)

Outro tipo de apoio existente na rede de atenção à saúde do SUS, distinto do apoio institucional, é o apoio matricial que tem por objetivo assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde de forma personalizada e interativa. Tal apoio oferta uma retaguarda tanto assistencial quanto técnica pedagógica às equipes de referência. Atuando com o conceito de núcleo de campo, onde um especialista com um determinado núcleo apoia especialistas com outro núcleo de formação, com intuito de ampliar a eficácia de sua atuação. O apoio matricial depende da customização da relação entre equipes de saúde, da articulação dos cenários, como por exemplo, a participação em discussões em projetos terapêuticos, discussões de temas relevantes, entre outras, em que se realiza a atenção especializada e da elaboração compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os integrantes de uma equipe de referência e os especialistas.

As equipes ou profissionais de referência são os que apresentam a incumbência de coordenar e conduzir um caso individual, familiar ou comunitário, ou seja, será o coordenador do caso, com objetivo de aumentar as possibilidades de construção de vínculo entre os profissionais e os usuários de forma longitudinal. Por fim, o apoio matricial e as equipes de referências são ferramentas com objetivo de ampliar as possibilidades dos modos de fazer clínica ampliada e integração dialógica entre as diferentes especialidades e profissões. (CAMPOS; DOMITT, 2007; CUNHA; CAMPOS, 2011; CAMPOS, 2014) O apoio matricial muitas vezes auxilia na contextualização do apoiador institucional nas tomadas de decisão da gestão.

O município de Sapucaia do Sul trabalha na lógica do apoio institucional e durante a I Mostra de Experiências em Saúde da Família/Atenção Básica “Modalidade Comunicação Oral” no 10º Congresso Internacional da Rede Unida, Sapucaia do Sul ficou em 1º Lugar com o trabalho intitulado “Avanços e desafios na Implantação do Apoio Institucional em Sapucaia do Sul, RS” apresentado pela fisioterapeuta Débora Verdi. A iniciativa ganhou destaque no Rio Grande do Sul após a implantação do Apoio Institucional. O mesmo é composto por sanitaristas sempre buscando a construção de espaços coletivos de decisões e de trocas fomentando a capacidade de análise e de intervenção da equipe que é apoiada na composição do seu processo de trabalho. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

A Atenção Primária à Saúde/APS de Sapucaia do Sul instituiu o Apoio Institucional como ferramenta do modelo de gestão colegiada. Entre os anos de 2009 e 2011, por meio da Política Nacional de Atenção Básica/PNAB e de Humanização da Saúde, houve a disponibilização de recursos para a qualificação das estruturas físicas das unidades de saúde, disponibilidade de quantidade de profissionais para as unidades e a implementação da política de educação permanente para os trabalhadores da saúde. Em 2011, o município adotou o Apoio Institucional na APS como forma de debater os processos de trabalho das equipes de saúde. (BEDIN et al., 2014)

Com o estabelecimento do Apoio Institucional na Secretaria Municipal de Saúde/SMS de Sapucaia do Sul houve um tensionamento na proposição de modificações do modelo da gestão local, pois a mesma acarretava uma reorganização tendo como base a regionalização do município, ou seja, um contorno do território que concedesse à coordenação uma proximidade com as equipes e uma descrição de regiões de responsabilidade da gestão. Desde então, foram definidas as quatro regiões de saúde que contariam com o apoio dos apoiadores institucionais. Contudo, a proposta causou desconforto, visto que desorganizou os afazeres dos trabalhadores trazendo uma nova lógica operacional. (BEDIN et al., 2014)

Após as definições, os apoiadores e as equipes apoiadas mantêm encontros quinzenais em reuniões de equipe das unidades de saúde onde se renovam as redes de pedidos e compromissos. Inicialmente os pedidos eram divergentes, pois as equipes buscavam a solicitação da melhoria da infraestrutura, ao passo que os apoiadores buscavam instigar o quê seria acesso, classificação de risco ou controle social. (VERDI et al., 2012)

Esse modelo de gestão colegiada assegurou maior aproximação entre os trabalhadores e os gestores da SMS minimizando a dificuldade de comunicação. Entende-se por comunicação a aproximação e conversa entre secretaria de saúde e trabalhador, e quem faz o papel de elo entre tais instancias é o apoiador institucional. Frente a tal realidade, vem aumentando o fluxo de informações de necessidades de cada lado, trazendo a importância do acolhimento nas unidades de saúde para o aprimoramento e ampliação do acesso aos serviços de saúde para os usuários. (BEDIN et al., 2014)

Objetivos e Justificativa

O presente trabalho visa, de maneira geral, relatar a vivência e experiência de uma aluna de especialização do curso Atenção Especializada em Saúde com Ênfase em Gestão na construção e aplicação de um instrumento de gestão para aprimorar e facilitar a territorialização das ESF do município de Sapucaia do Sul/RS. A construção supracitada refere-se à padronização de um instrumento de descrição da situação atual do município em relação à territorialização, e atualização de mapas descritivos – mapas onde constam os endereços (ruas e números) dos usuários adscritos - além de estruturar uma planilha digital padronizada para que a mesma seja abastecida continuamente com dados recentes do município ao longo dos anos. Objetiva-se, especificamente, atualizar os mapas descritivos das 19 unidades de Saúde da Família e referenciar os usuários que não fazem parte das áreas adscritas das unidades de ESF, que em Sapucaia do Sul são conhecidos como “fora de área”, e, também, a construção de uma planilha no Excel constando todas as ruas pertencentes ao município para, assim, conseguir referenciar todos os moradores para os respectivos serviços de saúde.

Frente o exposto acredita-se que a atualização de mapas descritivos de todas as Unidades de Saúde da Família/USF e a construção da planilha para abastecimento de dados, irão otimizar as ações de vigilância e promoção de saúde do referido município bem como o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde/ACS. A realização de tais ações justifica-se por serem premissas da Política Nacional de Atenção Básica/PNAB e são relevantes para o adequado funcionamento da regionalização em saúde e exercício do trabalho dos agentes.

Outra situação que se mostra como relevante ao município seria a construção de mapas de georreferenciamento, pois não existem nas Unidades de Saúde da Família tais ferramentas associadas aos mapas descritivos para que os usuários sejam localizados e, adequadamente, cadastrados em mapas contendo as microáreas das unidades. O produto do presente trabalho servirá de iniciativa para um futuro georreferenciamento da rede de atenção a saúde do município.

Metodologia

O trabalho utiliza da técnica da narrativa livre para apresentar um Relato de Experiência (LIMA et al., 2014), bem como o apresentar o produto dessa experiência no local de intervenção que corresponde o município de Sapucaia do Sul/RS. Por meio de recursos textuais apresenta-se uma narrativa impessoal contendo as experiências vivenciadas, bem como a operacionalização para a construção dos instrumentos de aprimoramento de gestão supracitados. O projeto de intervenção, bem como a proposta do presente trabalho, foram apresentadas para a coordenação da Atenção Primária à Saúde/APS, para os apoiadores institucionais bem como para o Secretário de Saúde do município cenário do trabalho.

Para apresentar uma experiência vivida, bem assim apresentar um projeto de intervenção construído nessa vivência, como no presente trabalho, uma narrativa permite apresentar para seus leitores diversos conteúdos e emoções vividas por quem escreve. Desse modo permite alcançar muitos significados que se atribui a experiência vivida. (ECO, 1993) Uma narrativa aproxima-se de uma obra aberta, como no presente trabalho. (DUTRA, 2002)

O mesmo foi apreciado pela Compesq-Odo e obteve parecer favorável a sua realização. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pela Coordenação da Atenção Básica do Município de Sapucaia do Sul, permitindo assim a realização do presente trabalho em suas instalações.

A Experiência Vivenciada

O curso de especialização aconteceu na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS, sendo o mesmo subsidiado pelo Ministério da Saúde e teve como objetivo a formação de especialistas em Gestão Pública da Saúde e com uma proposta pedagógica de interação ensino serviço. Para tanto, a aluna necessitava realizar um estágio curricular na gestão das secretarias de saúde dos municípios da região metropolitana de Porto Alegre.

O estágio realizado pela autora do trabalho aconteceu na gestão da Secretaria Municipal de Saúde/SMS do município de Sapucaia do Sul (Anexo C). Na instância da gestão de Sapucaia do Sul, a experiência vivenciada aconteceu dentro das ações do Apoio Institucional do mesmo, sob a supervisão e acompanhamento de um preceptor funcionário da rede.

O estágio teve início em maio de 2014 com a vivência e acompanhamento no espaço do Apoio Institucional como parte do processo de educação ensino-serviço nas práticas de gestão. Tal acompanhamento aconteceu pela aproximação do ensino e da prática de gestão em saúde com o desenvolvimento de um projeto de intervenção, visando à educação permanente e a possível solução de alguns nós críticos.

Inicialmente houve a familiarização com o serviço de saúde com e com o território do bairro Pasqualini (Anexo), dando início ao mapeamento das áreas adscritas dentro de uma determinada microárea (Anexo). A familiarização com o serviço juntamente com a familiarização inicial com o referido bairro onde a estagiária esteve lotada, teve a finalidade de permitir uma percepção das necessidades enfrentadas pela gestão, por meio de reuniões, como Colegiado Gestor, Grupos de Trabalho/GT, como por exemplo, GT de Educação Permanente, Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva/NUMESC e reuniões com as equipes das Unidades de Saúde da Família.

Após uma densa familiarização com a rede de atenção, e problematização sobre referenciamento dos usuários para os serviços de saúde, pensou-se em realizar um projeto de intervenção, dentro das necessidades locais, como forma de contribuição e retorno para o município. Diante tal realidade, percebeu-se a necessidade da atualização dos mapas descritivos, pois, diversas vezes o usuário entrava em contato com a Secretaria Municipal de Saúde para saber qual unidade ele pertencia, e sem a devida atualização dos mesmos, poder-se-ia passar informações errôneas para os usuários.

Também, existiam os usuários que não pertenciam às áreas de abrangência das ESF, que são conhecidos como os “fora de área”, estes, ainda sem destino certo, pois podiam consultar em qualquer Unidade Básica de Saúde. Assim, pensou-se na construção de planilha no Excel (Software Office 2010), onde constariam todas as ruas do município para facilitar a organização do serviço e poder referenciar todos os usuários. Desse modo, o nó crítico identificado foi a presença de mapas descritivos das referidas Unidades desatualizados, dificultando o processo de trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde/ACS, assim como das apoiadoras institucionais, pois as mesmas, algumas vezes, não conseguiam informar ao usuário qual Unidade de Saúde ele pertencia.

Para iniciar a atualização dos mapas descritivos das Unidades, entrou-se em contato com a enfermeira responsável por cada uma dessas 19 Unidades. Então, todos os ACS responsáveis por sua microárea, realizaram a atualização dos mesmos, ou seja, as ruas e os números das casas de cada microárea adscrita. Cada documento foi enviado para SMS, aos cuidados da aluna, sendo que os mesmos foram digitados, um a um em um documento no Word (Anexo). Houve uma morosidade no processo devido à grande demanda que as ACS apresentavam no seu dia a dia. Este documento serviu de subsídio para a construção da planilha do Excel que consta todas as ruas do município.

Finalizada a atualização dos mapas descritivos, entrou-se em contato com a prefeitura do referido município, onde se obteve uma planilha com cadastro de logradouros do município de Sapucaia do Sul. A partir desta planilha, elaborou-se uma nova planilha onde constam todas as ruas do município para, assim, conseguir referenciar todos os usuários, tanto os pertencentes a Estratégia de Saúde da Família como os “fora de área”.

Mediante as dificuldades encontradas por não conhecer e não saber a localização geográfica de todos os bairros do município, houve a colaboração das apoiadoras institucionais e foi construída outra planilha no Excel (*Software Office 2010*) (Anexo G) constando todos os bairros, as Unidades de Referência e os turnos de funcionamento das Unidades para os usuários “fora de área”, ou seja, aqueles que não fazem parte das áreas adscritas das Unidades de Saúde da Família/USF.

Assim sendo, realizou-se a busca para a localização de cada rua do município, onde o mesmo é dividido pela RS 118 e BR 116. A procura pelas ruas foi efetuada em um mapa do município colado na parede da sala das apoiadoras, e, também, no Google Maps, deste modo, conseguiu-se referenciar todos os usuários pertencentes ou não às áreas adscritas. Depois de certo período de trabalho e algumas visitas aos bairros, conseguiu-se finalizar a planilha contendo todas as ruas do município e com o devido referenciamento dos usuários aos serviços de saúde (Anexo).

Desde então, a atualização dos endereços pode ser realizada de maneira sistemática e contínua e, todos os usuários são referenciados para as Unidades de Saúde mais próxima de sua residência. Tal processo exitoso permitiu uma otimização das ações de gestão no quesito referenciamento do usuário.

Tanto os mapas descritivos como a planilha foram apresentados para a coordenadora da Atenção Primária à Saúde/APS e para as apoiadoras institucionais do município em uma data que foi previamente agendada da reunião de Colegiado Gestor. Estiveram presentes todas as apoiadoras institucionais, a Secretária da APS, a Coordenadora da Vigilância em saúde, outros estagiários, e também, o coordenador do Núcleo de Informação em Saúde.

Resultado

Como resultado deste trabalho, foi desenvolvido uma ferramenta de gestão para contribuir na sistematização do processo de referência de usuários dos serviços de saúde. Realizou-se atualização dos mapas descritivos das 19 Unidades de Saúde da Família, construção de uma planilha eletrônica/digital ordenadora de todos os bairros contendo Unidades de Referências e os turnos de funcionamento dessas Unidades para usuários fora da área adscritas, e outra planilha contendo todas as ruas do município. Tais instrumentos facilitaram na organização do serviço e no referenciamento de todos os usuários residentes do município.

Considerações Finais

Os mapas descritivos das 19 Unidades de Saúde da Família foram reestruturados e atualizados pela aluna e serviram de subsídio para a construção da planilha do Excel. Para contextualização das áreas de abrangência nos aspectos envolvendo a história do bairro, cultura local, vulnerabilidades e demais realidades da comunidade adscrita, foram realizadas rodas de conversa com as apoiadoras que ficaram instituídas na gestão do município. Uma contextualização aprofundada de um território permite a identificação de espaços singulares com limitações políticas e administrativas. (GONDIM et al., 2008) No processo de territorialização vivenciado foi possível observar que para que o mesmo seja resolutivo, é necessário a manutenção de pressupostos do apoio institucional fundamentados nas Diretrizes do Apoio Integrado para Qualificação da Gestão e da Atenção no SUS. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) Tal situação é importante, pois o apoio institucional é uma ferramenta que aproxima o território de atuação da ESF e os recursos assistenciais da Secretaria de Saúde. Essa aproximação permite uma efetiva gestão colegiada e faz com que problemas de gestão sejam trabalhados conjuntamente e reflitam em ações mais resolutivas para os trabalhadores e usuários do SUS.

Com a realização do referido projeto de intervenção no município de Sapucaia do Sul/RS construiu-se uma narrativa que servirá de suporte para futuros processos de educação permanente para a saúde, visto que o presente material servirá de instrumento de leitura e estudo para construção e enriquecimento do conhecimento de outros trabalhadores. Além de tal resultado, espera-se servir de modelo de instrumentos/ferramentas para aprimorar a gestão do serviço e as ações de saúde no referido município e em outros da região metropolitana de Porto Alegre. Há a necessidade de manter atualizado a instrumento visto que a territorialização ocorre permanentemente e a importância da gestão seguir utilizando esta ferramenta acompanhando o processo de tomada de decisão referente ao território de adscrição e referência da Atenção Primária à Saúde.

Após esta vivência na Atenção Primária a Saúde proporcionada pelo estágio da disciplina de Gestão em Saúde, houve um intenso aprendizado e aproximação com os pressupostos do SUS e com a lógica do apoio institucional. Esse processo vem ao encontro da Educação Permanente, visto que permitiu a diminuição dos espaços dialógicos entre serviço e universidade/academia. (CECCIM, 2005a) Nesse contexto, foi perceptível observar que, segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), a diminuição do espaço entre academia e serviço permite a construção de relações orgânicas para o aprendizado do trabalhador nas diversas realidades dos municípios brasileiros, como o caso de Sapucaia do Sul. Esta integração do ensino-serviço foi extremamente construtiva e abrangente para o processo de formação pessoal e profissional.

Por meio do apoio institucional, foi possível perceber a importância da mediação de conflito, na busca de construção do espaço coletivo mais adequado e agradável, para as que as discussões e tomadas de decisões sejam de fato efetivas, e, também, a possível solução dos nós críticos encontrados pelas equipes, permitindo momentos de reflexões das práticas cotidianas ocorridas nos locais de trabalho. Tal fato vem ao encontro de Guedes, Roza e Barros (2012) que mostram que é necessária uma aproximação real entre quem planeja e quem executa estando assim, gestores, trabalhadores e usuários em sintonia para formulação, execução e gestão do serviço.

A vivência da territorialização permitiu um conhecimento melhor das áreas de abrangência e da importância da mesma, como parte do processo de organização das ações e práticas realizadas pelas equipes das ESF, bem como, o vínculo existente entre os profissionais, os serviços de saúde e a população, facilitando, assim, o acompanhamento longitudinal das famílias adscritas. Contudo, a atualização dos mapas descritivos e a produção da planilha no Excel, contendo todas as ruas do município com o devido referenciamento, tornou-se uma ferramenta imprescindível para a otimização do trabalho da gestão e das equipes de Saúde da Família/eSF.

Referências

- ANTUNES, R (org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo. Coleção Mundo do Trabalho. 2006.
- BEDIN, D.M.; SCARPARO, H.B.K.; MARTINEZ, H.A. Experiência de gestão em saúde: reflexões sobre as práticas de um município do sul do Brasil. In: SCARPARO, H.B.K.; BEDIN, D.M. (org) **Gestão em saúde: experiências de campo com inserção social**. Porto Alegre: Sulina, 2013, p.109-128.
- BEDIN, D.M. et al. Reflexões acerca da gestão em saúde em um município do sul do Brasil. **Saúde Soc**, 2014, v.23, n.4, p.1397-1407.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família, v.1: A implantação da unidade de saúde da família**. Brasília, 2000.
- _____. **Portaria GM nº 1996**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em saúde e dá outras providências. Brasília, 2007.
- _____. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para apoio à implementação**. Brasil, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 221**, de 17 de Abril de 2008. Brasil, 2008b.

_____. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011 [Internet]. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 04 fev. 2015.

_____. **Diretrizes do Apoio Integrado para Qualificação da Gestão e da Atenção no SUS**. Brasília, 2012.

_____. **Política Nacional de Humanização**. 1ed. 1reimp. Brasília, 2013.

_____. **Portal do Departamento de Atenção Básica [Internet]**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf. Acesso em: 04 de fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS**, v.1. Formação e Intervenção. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. 4ed. 1reimp. Brasília, 2008.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde Matrix support and reference team: a methodology for interdisciplinary. **Cad. Saúde Pública**, 2007, v.23, n.2, p.399-407.

CAMPOS, G.W.S. Modo de co-produção singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 2009, v.33, n.81, p.4755.

CAMPOS, G.W.S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2014, v.18, p.983-995.

CECCIM, R.B. Onde se lê Recursos Humanos da Saúde, leia-se Coletivos Organizados de Produção da Saúde: Desafios Para a Educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.) **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO, 2005a. p.161-180.

_____. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, set 2004/fev 2005b, v.9, n.16, p.161-178.

CESAR, J.M., et al. O apoio como atividade de trabalho: dimensões e desafios para o exercício da função apoio. In: PINHEIRO, R. et al. **Práticas de Apoio e a Integralidade no SUS**: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa. Rio de Janeiro: CEPESC, 2014, p.139-172.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, 2011, v.20, n.4, p.961-970.

CUNHA, G.T. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica. Campinas, SP: [Tese]. 2004.

DE OLIVEIRA, G. N. O apoio institucional aos processos de democratização das relações de trabalho na perspectiva da humanização. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, 2012.

DE SOUSA, M.F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2008 mar/abr, v.61, n.2, p.153-158.

DOS ANJOS SCHERER, M.D.; MARINO, S.R.A.; RAMOS, F.R.S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2005, v.9, n.16, p.53-66.

DUARTE, M.L.C. et al. A implantação de um Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva no município de Uruguaiana/RS. **Revista Contexto & Saúde**, 2013, v.12, n.22, p.9-14.

DUTRA, E. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. **Estudos de Psicologia**, 2002, v.7, n.2, p.371-378.

ECO, U. **Interpretação e superinterpretação**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

FERLA, A.A.; CECCIM, R.B.; DALL ALBA, R. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. **RECIIS: revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde**, ago 2012, v.6, n.supl., p.13.

GARCIA, A.V. et al. Concepções de promoção da saúde que permeiam o ideário de equipes da estratégia saúde da família da grande Florianópolis. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, 2010, v.3, n.1, p.42-56.

GUEDES, C.R.; ROZA, M.M.R.; BARROS, M.E.B.B. O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica, **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, 2012, v.20, n.1.

GONDIM, G.M.M et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e territorialização. In.: MIRANDA, A.C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J.; MONKEN, M. (orgs). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p.237-255.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=432000>>. Acesso em: 29 jun 2014.

LAMPERT, J.B. Avaliação do processo de mudança na formação médica. In: MARINS, J.J.N. et al (orgs.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004, p.245-266.

LIMA, M.J.M.R.; BEZERRA, M.I.C.; PAIVA, G.M. Saúde, ambiente e qualidade de vida: reflexões da experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza-CE. **Cadernos ESP**, 2014, v.7, n.2, p.53-65.

MAGALHÃES, P.L.; COELHO, I.B. **Programa Saúde da Família: Uma estratégia em construção**, 2011.

MANCINI, M.C.; SAMPAIO, R.F. Quando o objeto de estudo é a literatura: estudos de revisão. **Rev. bras. fisioter.** [online], 2006, v.10, n.4, p.06.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas Health surveillance and territory: theoretical and methodological possibilities. **Cad. Saúde Pública**, 2005, v.21, n.3, p.898-906.

PEREIRA, M.P.B.; BARCELLOS, C. O Território no Programa de Saúde da Família/The territory in family health program. **Hygeia**, 2006, v.2, n.2.

PEREIRA JÚNIOR, N.; CAMPOS, G.W.S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2014, v.18, p.895-908.

RIGHI, L.B. Apoio matricial e institucional em Saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2014, v.18, n.1, p.1145-1150.

SANTANA, M.L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saude soc**, v. 10, n. 1, p. 33-54, 2001.

SILVA, L.A.; CASOTTI, C.A.; CHAVES, S.C.L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2013, v.18, n.1, p.221-232.

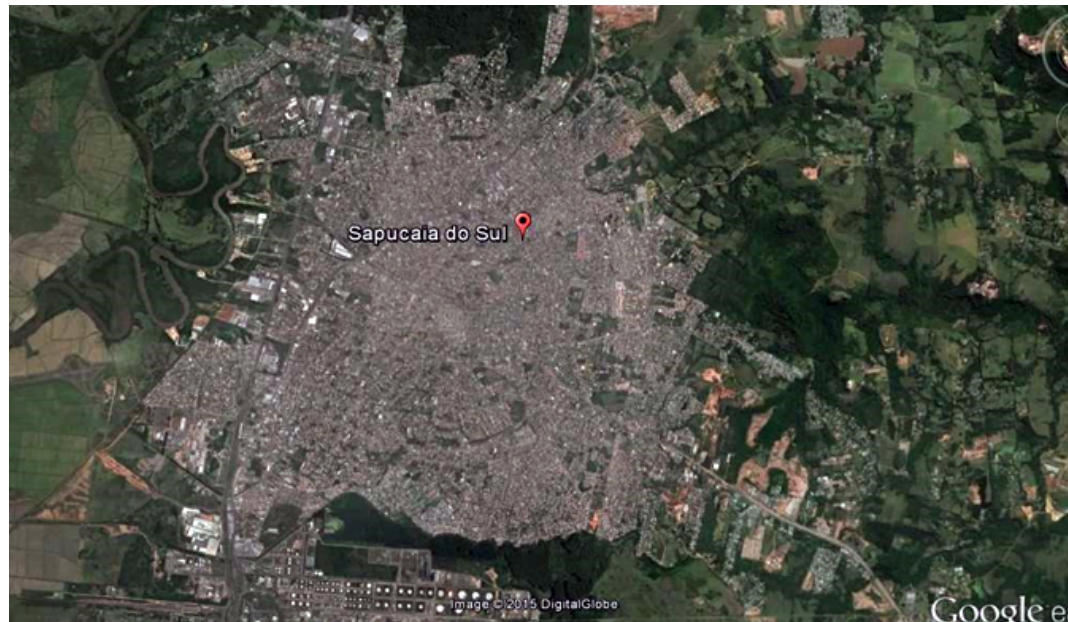
STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609>. Acesso em: 09 jun 2015.

TEIXEIRA, C.F. A construção social do planejamento e programação local da vigilância à saúde no distrito sanitário. In: MENDES, E.V. (org). **Planejamento e programação local da vigilância da saúde no distrito sanitário**. Brasília, Organização Panamericana da Saúde, 1994, p.45-59.

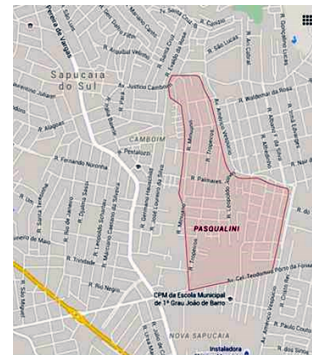
VERDI, D.S. et al. Avanços e desafios na implantação do Apoio Institucional em Sapucaia do Sul, RS. In: **Anais.. 10º Congresso Internaciona I da Rede Unida**. 2012.

VIEIRA, E.T. et al. O Programa Saúde da Família sob o enfoque dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, 2012, v.17, n.3, p.119-126.

ANEXOS



Mapa do Bairro Pasqualini Mapa de Sapucaia do Sul/RS Imagens da vivência da territorialização



DESCRIPTIVOS DAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ESF ALCINA - MAPEAMENTO DESCRITIVO

MICROÁREA Nº 01 Agente: Nelsi Maria Eich

Rua Antonio da Silva Jardim – 13, 44, 54 (A e B), 74, 85 (A e B), 105, 133, 137, 138, 161 (A, B e C), 171 (A e B), 230, 244, 260 (D, E e F), 280 (A e B), 300, 304 (A e B), 307, 320, 340, 356, 360 (A e B), 364 (A, B e C), 427, 446, 455, 456, 457 (A e B), 461 (A e B), 465, 471 (A e B), 480, 486, 487 (A e B), 497, 502, 506 (A e B), 512, 517, 524 (A), 527 (A e B), 547 (A e B), 557, 567 (A e B), 585, 601, 625 (A e B), 630, 635, 645, 655 (A e B), 660 (A e B), 670 (A e B), 685, 690, 705, 715, 735 (A e B), 740 (A e B) 750 (A e B), 760, 770 (A e B), 780, 790 (A, B e C), 795 (A, B, C, D e E), 820, 840 (B), 855, 860, 870, 880, 895 (A e B), 900, 925, 935, 960, 975 (A e B), 985 (A), 987 (A e B), 990 (A, B e C), 1000, 1005, 1010, 1015 (A e B), 1045, 1065 (A e B), 1090 (A e B), 1105 (A e B), 1115 (A e B), 1130 (A e B), 1145 (A e B), 1160, 1175, 1185 (A e B).

Rua Benjamim Constant – 377, 435, 436, 445, 447, 455, 457, 466, 487 (A e B), 505, 510, 520, 545 (A, B e C), 554.

Rua João de Souza Garcia – 33, 42, 45, 58, 61, 80, 81, 91, 94, 99, 106, 107, 112, 117, 128 (A, B, C, D, E), 129, 130 (A e B), 146 (A e B), 147, 150, 158, 170 (A e B), 182, 183 (A e B), 198, 205, 213, 215, 225 (A, B e C), 230 (A e B), 235 (A e B), 242 (A e B), 243.

MICROÁREA Nº 02 Agente: Jenifer Diene dos Santos Barboza

Avenida Theodomiro Porto da Fonseca – 1962, 1990, 2002, 2022, 2030 (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8), 2060, 2108, 2110, 2120, 2190, 2210, 2212 (A e B), 2280, 2290, 2376 (A e B), 2386, 2398 (A, B e C), 2404, 2406.

Rua Ana Rosa Silveira – 38, 39, 42, 49, 52, 55, 59, 62 (A, B e C), 65, 66, 72, 81, 86, 93, 103, 113, 138, 141, 145 (A e B), 146, 147, 155 (A, B e C), 156, 157 (A e B), 178, 188 (A), 189, 195, 201, 209, 210, 216, 221, 226, 233, 236, 245, 255, 258, 269, 270.

Rua Ernesto Rectenwold – 31, 35 (A, B e C), 44 (A), 45 (A e B), 48, 56, 57, 62, 63 (B), 68, 69, 75, 76, 80 (A e B), 85 (A e B), 88, 95 (A e B), 96.

Rua Osvaldo Dias – 47 (A e B), 50, 59, 60, 69, 70 (A e B), 76 (A e B), 79, 86, 89 (A, B e C), 90, 94, 108, 109, 119, 128 (ESF Alcina), 129.

Rua José Maciel Caetano – 31 (A), 38 (A, B e C), 48, 53, 57, 58, 62, 67, 68, 77, 87, 88 (A e B), 89, 97 (A e B), 98, 107, 108, 117, 118, 128.

Rua/Travessa Esperança – 10, 44, 45, 53, 64, 73, 74.

Rua Nossa Senhora Aparecida – 11 (A e B), 21, 31 (A e B), 41 (A, B e C), 42, 50, 51 (A, B e C), 54, 65, 87 (A e B), 106, 112 (A e B), 118, 124, 144, 150, 156, 170, 180, 234, 235, 245, 246, 254, 263, 264, 274 (A e B), 281, 283, 284, 285, 291, 294, 301 (A e B), 304 (A, B e C), 315, 324, 325, 334, 335, 339, 349 (A e B).

Planilha para referenciamento dos usuários sem cobertura da ESF

Referência para usuários sem cobertura da saúde da família (fora de área)		
Bairro de Residência	Unidade de Referência	OBSERVAÇÕES
BOA VISTA	GREISS, 3º TURNO JOÃO DE BARRO	GREISS: de segunda a sexta, das 8 às 12h e das 13 às 17h. 3º TURNO JOÃO DE BARRO: segunda, quarta e sexta, das 17 às 21h
CAMBOIM	NOVA SAPUCAIA	segunda, quarta e sexta, das 8 às 12 h e das 13 às 21h; terça e quinta até 17h
CAPÃO DA CRUZ	NOVA SAPUCAIA, GREISS Obs. Depende do lado da RS 118	NOVA SAPUCAIA: segunda, quarta e sexta, das 8 às 12 h e das 13 às 21h; terça e quinta até 17h. GREISS: de segunda a sexta, das 8 às 12h e das 13 às 17h
CARIOCA	3º TURNO FORTUNA	segunda, quarta e sexta, das 17 às 21h
CENTRO	NOVA SAPUCAIA, FA SÃO JOSÉ	NOVA SAPUCAIA: segunda, quarta e sexta, das 8 às 12 h e das 13 às 21h; terça e quinta até 17h. FA SÃO JOSÉ: todas as manhãs
COHAB	COHAB	de segunda a sexta, das 7 às 22 horas
COHAB CASAS	COHAB	de segunda a sexta, das 7 às 22 horas
COLONIAL	3º TURNO FORTUNA	segunda, quarta e sexta, das 17 às 21h
COSTA DO MORRO	3º TURNO JOÃO DE BARRO	segunda, quarta e sexta, das 17 às 21h

Planilha por rua com referenciamento da ESF e sem cobertura

TIPIC	LOGRADOURO	BAIRRO	IBRCCC	Unidade	Numeração	Regiú
Rua	Abílio José Farias	Boa Vista	904	Greiss, 3º Turno João de Barro		
Rua	Acácia Mimoso	São José	904-904	ESF São José	Toda a numeração	II
Av.	Acácia Negra	São José	904	ESF São José	Toda a numeração	II
Rua	Acácio Vitorino Machado	Cohab	907	Cohab		
Rua	Aporiana	Centro	905-905-905-905-905-905	ESF São José / FA São José	Microárea 04 - 48, 221(A e B), 2235, 2237, 2243(A, B e C), 2271(01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08), 2359(A e B), 2373, 2385, 2389, 2411, 2463, 2473, 2509(A e B), 2559(A e B), 2577, 2591 Microárea 05 - 2651, 2661, 2671(A e B), 2731, 2741(A e B), 2751(A, B e C), 2825 (A e B), 3039, 3049, 3065, 3075, 3085, 3095, 3105, 3117, 3125 (A e B), 3135, 3145 (A e B), 3155, 3179 (A e B), 3225	II
Rua	Acre	Nova Sapucaia/Capão da Cruz	903-903	Nova Sapucaia		
Rua	Adão de Carvalho	Colonial	908	ESF Colonial	Toda a numeração	I
Rua	Adão Gêsa	Pasqualine	902	Pasqualine		
Rua	Adelaide Correa	Colonial	904	ESF Colonial	Toda a numeração	I
Rua	Alonso Piana	Genúlio Vargas	904	ESF Silva	Toda a numeração	II
Rua	Alonso Ribeiro	Freitas	907	ESF Freitas	Toda a numeração	I
Rua	Agostinho Viano Cardoso	Ipiranga	909	3º Turno João de Barro		
Passoio	Aida Vargas da Silva	Lomba da Palmeira	903-903	Pasqualine, 3º Turno Itapemirim		
Rua	Alton Albuquerque Dias	Ipiranga	909-909	3º Turno João de Barro		

TIPIC	LOGRADOURO	BAIRRO	IBRCCC	Unidade	Numeração	Regiú
Rua	Silva Joanna Thiesen	São José	904-904	FA São José		
Rua	Silveira Martins	Capão da Cruz	903-903-903-903	ESF Capão da Cruz	Toda a numeração	II
Rua	Silvio Sanson	Piratini	904-904	SESI (COHAB)		
Trav.	Sinuelo	Zoológico	909	ESF Carioca	Toda a numeração	I
Rua	Siema	Vargas	907	ESF Colina Verde	Toda a numeração	II
Rua	Sobradinho	Vargas	904	ESF São Cristóvão / 3º Turno Vargas	20, 21, 30, 46, 51, 61	II
Rua	Soledade	Zoológico	909	ESF Carioca	12, 19, 20, 23, 25 (A e B), 30, 33, 40, 45, 50, 51, 53, 55, 57, 59, 61, 67, 77 (A e B), 80, 90, 97 (A e B), 107 (A, B e C), 137 (A e B), 139 (A e B), 140, 150, 157, 158, 160, 169, 170, 175, 177, 180, 190, 221 (A e B), 223, 230, 233, 450	I
Trav.	Sossego	Pasqualine	903	Pasqualine		
Rua	Sueli D. Ribeiro	Lomba da Palmeira	903	Pasqualine, 3º Turno Itapemirim		
Rua	Tancredo Neves	Ipiranga	909-909	ESF Terra Nova	13, 15, 20 (A e B), 34, 42, 47, 50, 53 (A, B e C), 58, 66, 67 (A, B e C), 74, 75, 82, 83, 90, 91, 98, 99, 102, 110 (A e B), 111 (A e B), 115, 122 (A e B), 123, 125, 130, 131 (A, B e C), 139 (A e B), 149 (A e B), 156 (A, B, C e D), 164, 170, 171 (A, B, C e D), 193, 202, 208, 209, 216, 217, 222 (A e B), 231, 232 (A e B), 237 (A e B), 239, 240, 243 (A e B), 247, 248, 257, 260, 262, 287	
Rua	Tapejara	Ipiranga	909	3º Turno João de Barro		
Rua	Tapes	Vargas	907-907	ESF São Cristóvão / 3º Turno Vargas	Microárea 02 - 128, 141, 156, 171, 181, 186, 191, 196, 206 (A e B), 211, 216, 221, 231, 251, 253 Microárea 04 - 19, 43, 46 (A, B e C), 96, 108, 119, 120, 121 (A e B)	II
Rua	Taquara	Walderez	909-909-909	ESF Natal II	15, 24, 25, 30, 35 (A e B), 45, 48, 55, 58, 65 (A e B), 72 (A e B), 75, 82 (A e B), 85 (A e B), 92, 95, 102 (A, B e C), 109, 119, 112, 127, 130, 140, 145, 150, 155, 160, 165 (A e B), 175, 180, 230, 235, 236, 246 (A e B), 245, 252 (A e B), 255, 265, 274, 275 (A e B), 287, 295 (A, B e C), 310, 311 (A e B), 321, 348, 361 (A e B), 364 (A e B), 365, 368 (A, B), 371, 378 (A, B e C), 381 (A e B), 389 (A e B), 405, 410, 415, 420, 423, 461, 472 (A e B), 485, 502, 527	