



PREFEITURA DE
**FAZENDA
RIO GRANDE**

**ANÁLISE DE TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
UMA FERRAMENTA PARA APOIO AO PROCESSO DE GESTÃO COM BASE
POPULACIONAL**

RELATÓRIO FINAL

**FAZENDA RIO GRANDE
MARÇO 2025**

ELABORAÇÃO

MARCILENE DE PAULA ¹

Coordenadora de Monitoramento, Controle e Avaliação na APS

APOIO OPERACIONAL

PAULO HENRIQUE PEIXOTO ²

Coordenador da APS

NINA SOUZA ³

Coordenadora do Programa de Agentes Comunitários de Saúde

¹ Enfermeira; Responsável Técnica Planifica-SUS Municipal; Mestre em Saúde Coletiva; Pós-Graduada em Gestão de Sistemas de Saúde; Pós-Graduada em Gestão Estratégica na Saúde; Pós-Graduada em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Pós-Graduada em Saúde Mental; Pós-Graduada em Controladoria Pública e Responsabilidade Fiscal.

² Enfermeiro; Mestrando em Saúde Pública; Pós-Graduado em Nefrologia; Pós-Graduado em Gestão de Saúde e de Pessoas; Pós-Graduado em Estratégia Saúde da Família; Pós-Graduado em Saúde da Mulher; Pós-Graduado em Auditoria em Saúde.

³ Licenciada em Geografia; Graduanda em Pedagogia; Pós-Graduada em Educação Especial e Inclusiva; Pós-Graduada em Educação Infantil e Anos Iniciais; Pós-Graduada em Administração Pública.

1 INTRODUÇÃO

*“Localizar significa mostrar o lugar. Quer dizer, além disto, reparar no lugar. Ambas as coisas, mostrar o lugar e reparar no lugar, são os passos preparatórios de uma localização. Mas é muita ousadia que nos conformemos com os passos preparatórios. A localização termina, como corresponde a todo método intelectual, na interrogação que pergunta pela situação do lugar”.
(Heidegger)*

A adequada gestão do território é essencial para a efetivação das políticas públicas, neste caso específico, a política pública de Atenção Básica à Saúde. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, portaria nº 2436/2017 dispõe em seu artigo 2º: A Atenção Primária é o **conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas** que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e **dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária** (grifos nossos).

A territorialização e população adscrita são diretrizes do Sistema Único de Saúde e, a respeito da oferta de ações de saúde no território, deverá acontecer de acordo com os determinantes e condicionantes de saúde. Ainda de acordo com a PNAB: **Territorialização e Adscrição** se dão de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. Considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde.

Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Primária, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas. **População Adscrita**: população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização

entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

O município de Fazenda Rio Grande adotou a Estratégia Saúde da Família como modelo prioritário de atenção à saúde para a organização da Atenção Básica. No quadro abaixo se observa o histórico de cobertura da ESF nos últimos vinte anos.

Quadro 1: Histórico de cobertura da ESF - Fazenda Rio Grande 2014 a 2025.

ANO	POPULAÇÃO	Nº DE EQUIPES ESF	% de cobertura da ESF
2014	89.037	18	69,7
2015	90.648	15	57,0
2016	92.204	18	67,3
2017	95.225	18	65,2
2018	98.368	18	64,0
2019	98.368	18	63,1
2020	100.209	17	58,5
2021	103.750	17	57,3
2022	148.873	19	64,0
2023	103.750	19	64,0
2024	161.506	19	52,9
2025	165.369	28	76,1

Fonte: e-gestor APS 2025; Nota Técnica DAB/MS/2018. Posição no mês de Dezembro de cada ano. Parâmetro da população de referência por equipe alterado para 4.500 como limite a partir de 2024.

Considerando os dados da série histórica, a cobertura da população pela ESF oscilou em níveis acima de 55%, considerando parâmetros de cobertura atualizada pelo Ministério da Saúde e estimativas populacionais do IBGE para cada ano considerado, com expressiva melhora de cobertura a partir de janeiro de 2025 com o

credenciamento de 9 eSF, elevando a cobertura para 76%, maior percentual na série histórica.

Pensar a partir do território consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). Esse espaço apresenta, então, além de uma extensão geográfica, um perfil ambiental, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção. Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e a situação epidemiológica e ambiental de um território devem orientar a organização do sistema de atenção à saúde. Estas variáveis estão profundamente inter-relacionadas, e as políticas públicas de educação, emprego e saneamento, por exemplo, precisam estar articuladas com tal cenário (BH, 2022).

3 DO MODELO DE GESTÃO DA OFERTA PARA O MODELO DE GESTÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO

Conforme textos estudados oriundos das oficinas realizadas pelo Planifica-SUS, o modelo da gestão da oferta fracassou por desconsiderar as diferenças entre subpopulações nos campos dos riscos sanitários e do acesso aos serviços de saúde. Na prática social, não são estratificados os riscos sanitários e nem estabelecidas as desigualdades no acesso aos serviços. Outro problema é que esse modelo de gestão opera por meio de parâmetros de oferta, constituídos por valores médios estabelecidos com base em séries históricas, e sem discriminar os diferentes estratos de risco e os acessos diferenciados entre grupos de pessoas usuárias.

O esgotamento do modelo de gestão da oferta convoca outro modelo de gestão, denominado “**gestão da saúde da população**” e estruturado com base no conceito de saúde da população. Tal conceito implica algumas características: tem como um dos focos a redução das desigualdades; considera os determinantes sociais da saúde; reconhece a responsabilidade pelo alcance de resultados sanitários; utiliza o enfoque epidemiológico na gestão da saúde, estabelecer prioridades em consonância com as necessidades da população; e supõe a estratificação da população por subpopulações de riscos. Se faz sobre necessidades de uma população adstrita a um sistema de atenção à saúde. A gestão da saúde da população é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os

riscos; implementar e monitorar as intervenções sanitárias relativas a ela; e prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas necessidades e preferências. Tendo este conceito em mente, deve-se partir para a definição dos públicos prioritários para acompanhamento.

3.1 PÚBLICOS PRIORITÁRIOS

O cadastramento da população prioritária fornece subsídios para o monitoramento das atividades realizadas pelas equipes de saúde.

A Portaria GM/MS nº 3493 de 10/04/2024, que trata da nova metodologia de financiamento da Atenção Primária à Saúde, traz recomendações quanto aos públicos prioritários para cadastro e acompanhamento:

"Seção II Do componente de vínculo e acompanhamento territorial para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária" (NR) "Art. 10.

O componente de vínculo e acompanhamento territorial visa a estimular a qualificação do cadastro, a reorganização da atenção primária no território e a melhoria do atendimento à população.

Art. 10- A. Para o cálculo do componente de vínculo e acompanhamento territorial será considerada a população vinculada à eSF ou eAP, observados os seguintes critérios:

I - características de vulnerabilidade socioeconômica que contemplam pessoas beneficiárias do Programa Bolsa Família - PBF ou do Benefício de Prestação Continuada - BPC;

II - características demográficas que contemplam pessoas com idade até cinco anos e com sessenta anos ou mais;

III - qualificação das informações cadastrais, caracterizada pela completude e atualização dos registros no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - Sisab da população;

IV - população atendida ou acompanhada pelas eSF, eAP, eSB e eMulti; e



V - satisfação das pessoas atendidas ou acompanhadas pelas eSF, eAP, eSB e eMulti.

§ 1º Para fins desta Seção compreende-se por população atendida ou acompanhada as pessoas que receberam atendimento individual ou coletivo, visita domiciliar ou procedimento, registrados no Sisab por eSF, eAP, eSB e eMulti."

4 METODOLOGIA

Seguimos a metodologia de trabalho proposta pelo Planifica-SUS, conforme figura abaixo:

Fig. 1: O processo de territorialização Planifica-SUS

O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO – ORIENTAÇÕES

O processo de territorialização desenvolve-se seguindo as fases descritas no quadro abaixo:

1. Fase Preparatória	<p>1.1 Realizar discussões na equipe de saúde para compreensão do processo de territorialização.</p> <p>1.2. Definir as responsabilidades para cada uma das fases, envolvendo, no levantamento de informações, principalmente os Agentes Comunitários de Saúde e os profissionais mais velhos ou moradores da área de abrangência.</p> <p>1.3. Identificar a existência de plano diretor municipal, projetos/estudos/mapas urbanos que contenham a identificação do território e a malha viária.</p> <p>1.4 Adquirir um mapa base do município ou das áreas já definidas, com escala, para área urbana, de 1:5.000 ou 1:10.000 e, para zona rural, de 1:25.000 ou 1:50.000.</p> <p>1.5 Realizar o levantamento de dados de fontes do próprio município, do plano municipal de saúde, dos Atlas de Desenvolvimento Social da Fundação João Pinheiro (FJP), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dos Cadernos de Saúde e da Sala de Situação nos sistemas de informações do Ministério da Saúde, sobre os aspectos geográficos, populacionais, econômicos, sociais, culturais e epidemiológicos</p> <p>1.6 Analisar os dados levantados.</p>
2. Fase de Delimitação do Território	<p>2.1 Considerar os seguintes critérios para delimitação ou revisão do território:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geográfico: barreiras, limites e áreas rurais. • Risco ambiental. • Densidade populacional. • Aspectos políticos, econômicos (modo de produção, renda), sociais, culturais. • Malha viária e meios de transporte. • Equipamentos sociais. • Pontos de atenção à saúde: UBS, centros de especialidades, consultórios/ambulatórios privados, hospitais, laboratórios, residências terapêuticas, pronto atendimentos, dentre outros. <p>2.2 Delimitar os limites do território da UBS, considerando os critérios citados.</p> <p>2.3 Caso já exista, revisar a caracterização do território delimitado da UBS, considerando os mesmos critérios.</p>
3. Fase de Apropriação do Território	<p>3.1 Sinalizar no mapa base os limites definidos e as características do território.</p> <p>3.2 Realizar análise do conjunto de informações.</p> <p>3.3 Confirmar ou corrigir o território da UBS ou fazer sua revisão, caso já exista.</p>
4. Fase de Consulta às Lideranças Comunitárias	<p>4.1 Mapear todos os representantes ou lideranças da comunidade local (informantes-chaves), procurando envolvê-los no processo de territorialização.</p> <p>4.2 Realizar entrevistas para levantar informações sobre o território e a vida das famílias e da comunidade, aspectos geográficos, políticos, econômicos, sociais e culturais percebidos e de relevância para a comunidade.</p> <p>4.3 Indagar sobre fatores facilitadores ou dificultadores a respeito do trabalho desenvolvido pela equipe de saúde e o funcionamento da unidade de saúde (ver quadro: Entrevista com lideranças comunitárias).</p>
5. Fase de Definição do Território	<p>5.1 Definir a área de abrangência da UBS e suas respectivas microáreas.</p>

Fonte: Manual Planifica-SUS

4.1 COMPATIBILIZAÇÃO COM O PROCESSO ANUAL DE AVALIAÇÃO GOVERNAMENTAL DO TCE-PR

Questionamento: O Município possui a delimitação de seu território em áreas de abrangência de uma unidade de saúde e em micro-áreas de atuação das equipes da ESF?

Sim. Todas as UBS possuem seu território delimitado.

Questionamento: A delimitação territorial está disponibilizada no site oficial do município?

Ficará disponível após aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

Questionamento: a delimitação dos territórios foi realizada com base em estudo prévio, considerando o diagnóstico de aspectos geográficos, demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos, de acessibilidade, taxa de utilização dos serviços, capacidade estrutural da UBS, entre outros?

Foi realizado estudo prévio apontado no item 4.2 deste relatório. Procuramos resgatar os conceitos de territorialização trabalhados pelo Planifica-SUS no ano de 2021/2022, ressaltando que este é um conceito anterior e se insere na própria organização da APS.

Questionamento: Houve a participação dos profissionais da atenção básica e da vigilância em saúde no processo de delimitação dos territórios de atuação da APS?

Sim. As Unidades de Saúde representadas por seu (sua) gestor (a) e uma Agente Comunitária de Saúde com profundo conhecimento do território foram convidados para discutir a questão da reorganização dos territórios de cada UBS; foram realizadas visitas *in loco* em todos os territórios.

Questionamento: Houve a participação da equipe de planejamento urbano do município para a delimitação dos territórios?

Sim. Tivemos apoio da Secretaria Municipal de Planejamento Urbano para estimativas da população por territórios antes e após as redivisões e da Secretaria Municipal de

Assistência Social com relação aos territórios mais vulneráveis, sob a ótica do serviço de assistência social.

Questionamento: A delimitação do território de atuação das equipes de APS foi apresentada e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde?

A redistribuição será pautada na reunião do dia 17/03/2025.

Questionamento: o município possui responsáveis designados para elaboração, avaliação e atualização da delimitação dos territórios de atuação das equipes de APS?

Sim. Coordenação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde com apoio da Coordenação da APS.

Questionamento: O município realizou, nos últimos 12 meses, a revisão e a atualização do mapeamento do território de atuação das equipes de APS?

Sim. Março/2025.

Questionamento: As UBS possuem mapa fixado em local visível para os usuários identificarem o território de abrangência da mesma, bem como sua micro-área de residência e equipe de saúde ao qual está vinculado?

Deverá ser providenciado para cada UBS e orientar manter afixado conforme orientado pelo TCE.

Questionamento: A Unidade de Saúde realiza o mapeamento e territorialização da área de abrangência da UBS?

A Coordenação da UBS em conjunto com a Coordenação dos ACS realizará a redistribuição. A UBS deverá manter este processo contínuo na sua área de abrangência.

Questionamento: A Unidade de Saúde realiza o mapeamento do risco familiar e define a rotina de visitas dos ACS de acordo com o grau de risco identificado?

Todas as ACS foram orientadas e esta classificação está automatizada no equipamento tablet de cada ACS para organização da rotina de trabalho.

Questionamento: A Unidade de Saúde monitora a realização das visitas domiciliares dos ACS de acordo com a rotina estabelecida?

Cada gestor de UBS deverá se organizar para manter o monitoramento e cobrança da realização das visitas domiciliares, casa a casa, de forma presencial.

Questionamento: A Unidade de Saúde possui ACS ativos em quantitativo suficiente para cobertura de toda a área de abrangência da UBS?

Não. Foram priorizadas as áreas com critérios de risco e vulnerabilidade.

Questionamento: Os ACS possuem vínculo direto de, no mínimo 40 horas semanais?

Sim.

Questionamento: A UBS possui cronograma periódico de Vds por profissionais médico e/ou enfermeiro de acordo com o grau de risco familiar e/ou necessidades dos usuários

Sim. Todas as UBS possuem agenda para esta finalidade.

Questionamento: Os ACS realizam e mantém atualizados os cadastros da população de sua área de atuação.

Cadastros não realizados em sua totalidade, conforme registros do e-SUS. ACS treinados e orientados com prazo para finalizar suas micro-áreas até 31/06/2025.

Questionamento: Os ACS realizam o acompanhamento e monitoramento de usuários com doenças crônicas e dos que possuem deficit de locomoção?

Sim, de acordo com as demandas de seu território.

Questionamento: Os ACS realizam o compartilhamento de informações com os demais integrantes de sua equipe para que sejam tomadas a respeito de determinado tratamento e/ou monitoramento dentro de seu território?

Sim, conforme informado pelas UBS.

Questionamento: A UBS realiza a integração entre os ACS e os ACE na realização de ações do território?

Quando necessário, a UBS deve alinhar a integração de ações com a Vigilância em Saúde.

4.2 FASE PREPARATÓRIA – LEVANTAMENTO DE DADOS

4.2.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E SANITÁRIO

Quadro 2: Características da população vinculada e produção segundo UBS

UBS	PACIENTES COM VÍNCULO NA UBS	POP CADASTRO URBANISMO	NOVA POPULAÇÃO	POPULAÇÃO AJUSTADA (Média Ponderada)	CONSULTAS MEDICAS 2024	% PBF	PBF	HAS	DM	IDOSO (60+)	< 5 ANOS	HIPERUTILIZADORES % DEMANDA ANUAL EM CM
São Sebastião	17040	15663	9974	14213	13264	13,41%	2285	1912	717	2038	331	7,35%
Santarém	11471	9839	9800	10802	10813	11,81%	1355	1081	503	956	230	13,26%
Santa Terezinha	17403	15667	13833	15975	13401	11,81%	2055	1897	762	1611	352	6,45%
Estados	12433	12059	14932	13432	11886	11,04%	1373	1208	468	1148	341	5,80%
Hortência	16044	16213	12956	14808	13815	10,17%	1632	1582	667	1392	358	10,14%
Iguaçu	14805	11777	10245	12981	12325	9,99%	1479	2389	1013	2123	291	4,93%
Santa Maria	10451	5997	6004	8672	9219	9,18%	959	930	469	608	230	7,13%
Gralha	22466	12059	12267	18386	17542	8,56%	1922	1827	718	2195	297	11,02%
Nações	12815	10389	12402	12649	14035	7,61%	975	1434	610	2054	227	11,08%
Canaã	13297	11243	11585	12612	11340	7,15%	951	1354	560	1371	255	7,24%
Vila Marli	17409	9220	12579	15477	12545	5,51%	959	1619	754	1702	243	10,56%
Pioneiros	16919	9947	11575	14781	13110	5,04%	852	1537	547	1939	222	7,64%
Eucaliptos	13716	7412	10760	12533	14656	4,97%	681	1519	784	1989	161	15,35%
	196269	147485	148912	177321								

Fonte: Radar Saúde, Secretaria Municipal de Planejamento Urbano, 3º RDQA 2024

4.2.2 ÍNDICE DE VULNERABILIDADE FAMILIAR – IVF POR UBS

O Iparades desenvolveu, em conjunto com a Seds, um índice sintético chamado Índice de Vulnerabilidade das Famílias (IVF-PR), para identificar e mensurar o grau de vulnerabilidade social das famílias. Essa ferramenta foi desenvolvida para criar uma maneira objetiva e padronizada, que pudesse ser comparável em todos os municípios, para selecionar famílias prioritárias no atendimento intersectorial. Essa medida leva em consideração indicadores importantes da situação familiar que ultrapassam o simples critério da insuficiência de renda. Além disso, trata-se de um instrumento norteador das ações para desvincular a eleição das famílias a partir de critérios subjetivos e discricionários.

O índice é calculado a partir da versão 7 da base de dados do Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico). Por esse motivo, é primordial que os municípios atualizem constantemente os dados nesta versão, permitindo, assim, que as famílias que mais necessitem tenham seu índice calculado. Esse índice varia entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo de 1, mais vulnerável socialmente está essa família.

Quadro 3: IVF por localidade.

UBS	LOCALIDADE VULNERÁVEL	IVF-PR LOCALIDADE
Gralha Azul	Primeiro de Maio	0,2083
	Vila Boa Esperança	0,2029
Iguaçu	Pantanal	0,1837
Santa Maria	Santa Maria	0,3432
Santarém	Santarém	0,1841
Santa Terezinha	Suzuki	0,2071
São Sebastião	Kokubo	0,1837
	São Sebastião	0,2541
	Jardim Colonial	0,2336
	Passo Amarelo	0,3465
	Jd. Veneza	0,3048

Fonte: SMAS

4.2.3 POPULAÇÃO CADASTRADA PELO ACS

Quanto ao cadastramento e acompanhamento das famílias, realizou-se um levantamento das visitas domiciliares dos dois anos imediatamente anteriores à pandemia COVID-19 (2019 e 2018) e os dois últimos anos (2024 e 2023) para fins de obtenção de série histórica e comparação de resultados entre as Unidades de Saúde obtendo os seguintes resultados:

Quadro 4: Média mensal de visitas domiciliares do ACS, 2018, 2019, 2023, 2024

	MÉDIA MENSAL UBS	MÉDIA DIÁRIA UBS	MÉDIA DIÁRIA POR ACS*
2018	8423	421	5

	MÉDIA MENSAL UBS	MÉDIA DIÁRIA UBS	MÉDIA DIÁRIA POR ACS*
2019	6610	331	4
2023	6016	301	3
2024	5059	253	3

*nº de ACS verificado no sistema CNES na competência 12 de cada ano.

Fonte: e-SUS

Quadro 5: Número de visitas domiciliares do ACS, 2018, 2019, 2023, 2024

Unidade	2018	2019	2023	2024
Estados	0	123	389	259
Canaã	7	322	572	389
Eucaliptos	1686	1769	902	778
Gralha Azul	1578	617	884	564
Iguaçu	420	582	227	216
Jd. Hortência	287	319	642	345
Nações	614	210	165	105
Pioneiros	1476	687	451	323
Santa Maria	7	43	210	192
Santa Terezinha	826	413	544	332
Santarém	0	0	502	321
São Sebastião	571	216	22	85
Vila Marli	1716	1910	1053	1148

Nota: Unidade 1 inaugurada em 2018 e Unidade 11 inaugurada em 2019.

Fonte: e-SUS

4.2.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE A FASE PREPARATÓRIA

1. UBS com Maior Consulta per Capita:

- Eucaliptos (1,06 consultas por paciente) e Estados (0,95) possuem a maior taxa de consultas por pessoa, indicando a oferta de maior quantidade de consultas/habitante ou baixa procura por atendimento, deve-se refletir sobre barreiras de acesso.
- Pioneiros (0,06) e Canaã (0,09) têm a menor taxa, sugerindo menor procura ou dificuldades de acesso.

2. Hipertensão (% HAS):

- Iguaçu (16,14%) tem a maior taxa de hipertensos, seguida por Nações (11,19%) e São Sebastião (11,22%).
- UBS com menor taxa de HAS: Gralha Azul (8,13%).

3. Diabetes (% DM):

- Iguaçu (6,84%) e Eucaliptos (5,72%) têm a maior prevalência de diabetes.
- Pioneiros (2,98%) e Nações (3,93%) têm os menores índices.

4. Maior Percentual de Idosos (60+):

- Eucaliptos (14,50%) e Iguaçu (14,34%) têm a maior população idosa.
- Santa Maria (5,82%) e Hortência (6,88%) possuem menos idosos.

5. Percentual de Hiperutilizadores:

- Eucaliptos (3,00%) Nações (2,22%) e Santarém (2,28%) têm os maiores índices de hiperutilizadores.
- Santa Terezinha (0,91%) e Iguaçu (0,75%) apresentam os menores.

6. Doenças Crônicas e dados gerais

- UBS Eucaliptos e Iguaçu são as que mais atendem idosos e crônicos, o que pode explicar sua taxa de consultas per capita.
- UBS Pioneiros e Canaã têm baixa procura por consultas, possivelmente indicando barreiras no acesso.
- UBS com mais hiperutilizadores (Eucaliptos, Nações e Santarém) podem precisar de estratégias para equilibrar a demanda.

O IVF-PR mede a **vulnerabilidade social das famílias**, sendo que valores mais altos indicam maior vulnerabilidade.

Locais com Maior Vulnerabilidade (IVF-PR mais alto)

1. Passo Amarelo - 0,3465
2. Santa Maria - 0,3432
3. Jardim Veneza - 0,3048
4. São Sebastião - 0,2541
5. Jardim Colonial - 0,2336

Essas localidades podem necessitar de mais suporte social e acesso à saúde, pois apresentam maior vulnerabilidade. Considera que, dos cinco territórios mais vulneráveis, a UBS São Sebastião concentra quatro territórios, necessitando maior apoio da gestão.

Locais com Menor Vulnerabilidade (IVF-PR mais baixo)

1. Iguaçu (Pantanal) - 0,1837
2. Kokubo - 0,1837
3. Santarém - 0,1841
4. Suzuki - 0,2071
5. Vila Boa Esperança - 0,2029

Essas áreas ainda são vulneráveis, mas em menor grau em comparação com as primeiras.

- Santa Maria e Passo Amarelo possuem os maiores índices de vulnerabilidade e podem precisar de maior atenção.
- Iguaçu e Eucaliptos, apesar de estarem entre os mais atendidos em consultas per capita, possuem áreas de vulnerabilidade menores.

UBS em áreas mais vulneráveis podem precisar de reforço em atendimentos médicos, programas de acompanhamento e suporte social.

Quanto ao cadastramento das famílias, observamos que ocorreu queda geral do desempenho de 2018 para 2024. A unidade com maior queda de desempenho foi a Unidade Pioneiros com uma redução de quase 70%. A Unidade Galha Azul apresentou redução de aproximadamente 65%. A Unidade Eucaliptos mostrou uma queda de 54%.

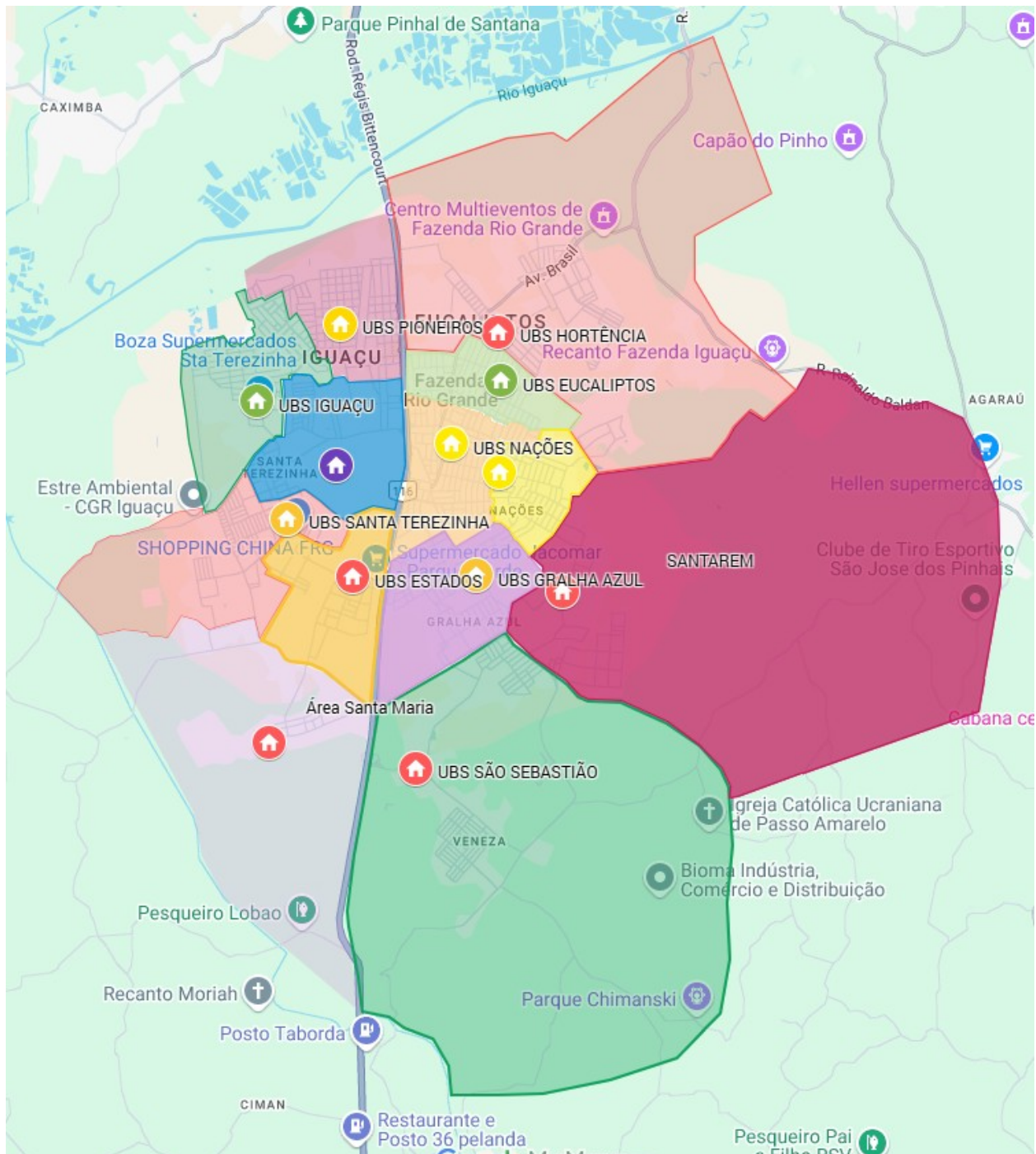
O desempenho geral dos ACS diminuiu ao longo dos anos, especialmente após 2019. Algumas unidades perderam muito desempenho, enquanto outras tiveram uma estabilidade ou leve recuperação. Observa-se uma queda brusca em 2023 e 2024, que pode estar relacionada à mudança de sistemas de informação ocorrida no mês de julho/2024, no entanto, já se observava queda de rendimento desde 2018, período em que não houve alteração de sistema de informação ou outra intercorrência que pudesse justificar.

4.3 FASE DE DELIMITAÇÃO E FASE DE APROPRIAÇÃO DO TERRITÓRIO

Após tomar posse das características dos territórios, a equipe técnica do nível central foi convidada a realizar uma análise prévia. Após, uma equipe percorreu todos os territórios para verificação *in loco*.

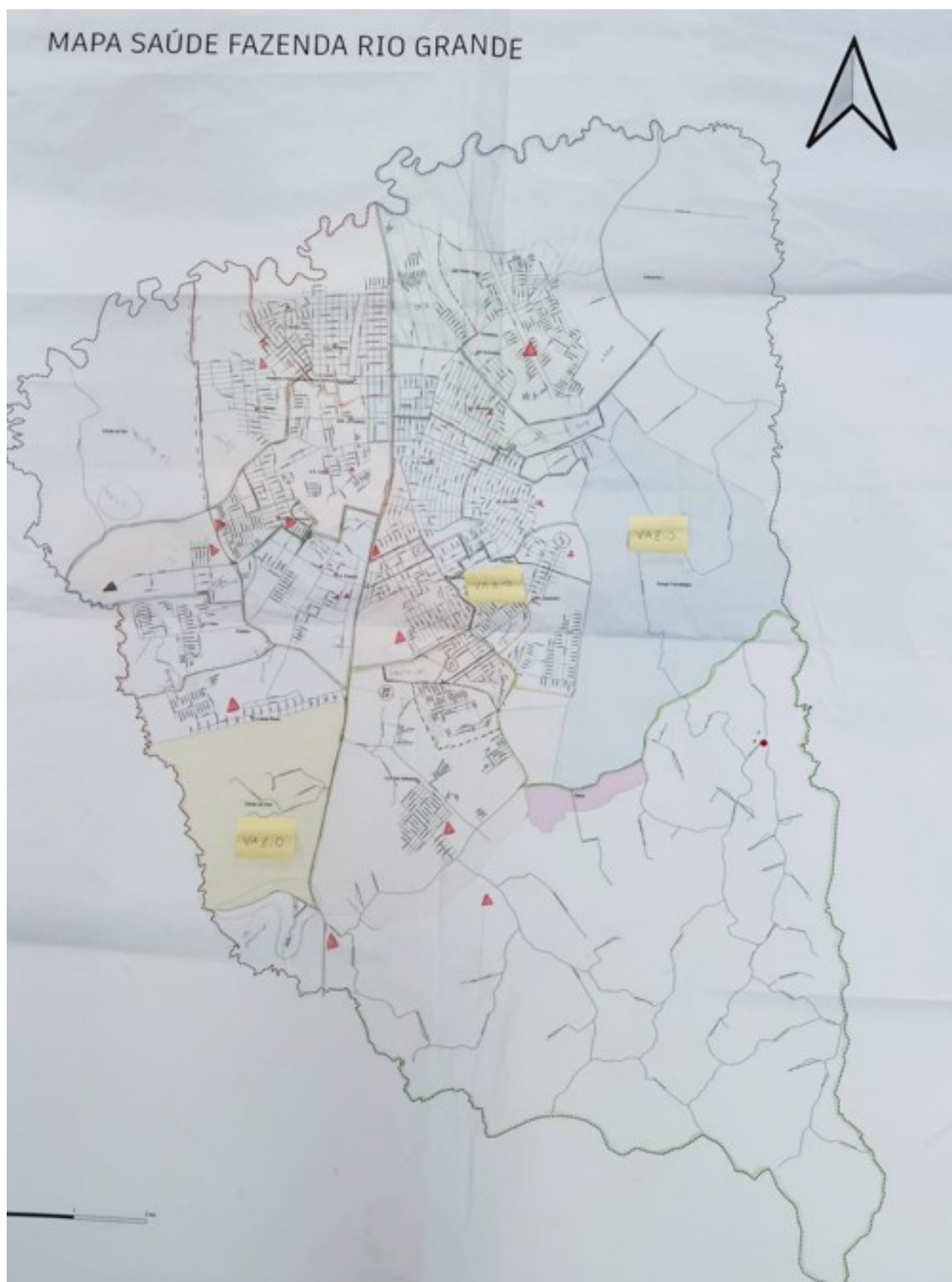
Na sequência, as Autoridades Sanitárias e uma ACS com conhecimento amplo do território da UBS foram convidados para a etapa de discussão e revisão da delimitação do território. Nesta reunião, inicialmente as informações foram discutidas em grupo e foi apresentado o mapa dos territórios conforme está definido atualmente. Na sequência as delimitações foram revistas para redistribuir as populações pelos territórios considerando todas as informações do diagnóstico.

Figura 3: Mapa contendo a distribuição dos territórios por Unidade de Saúde, versão 2021.



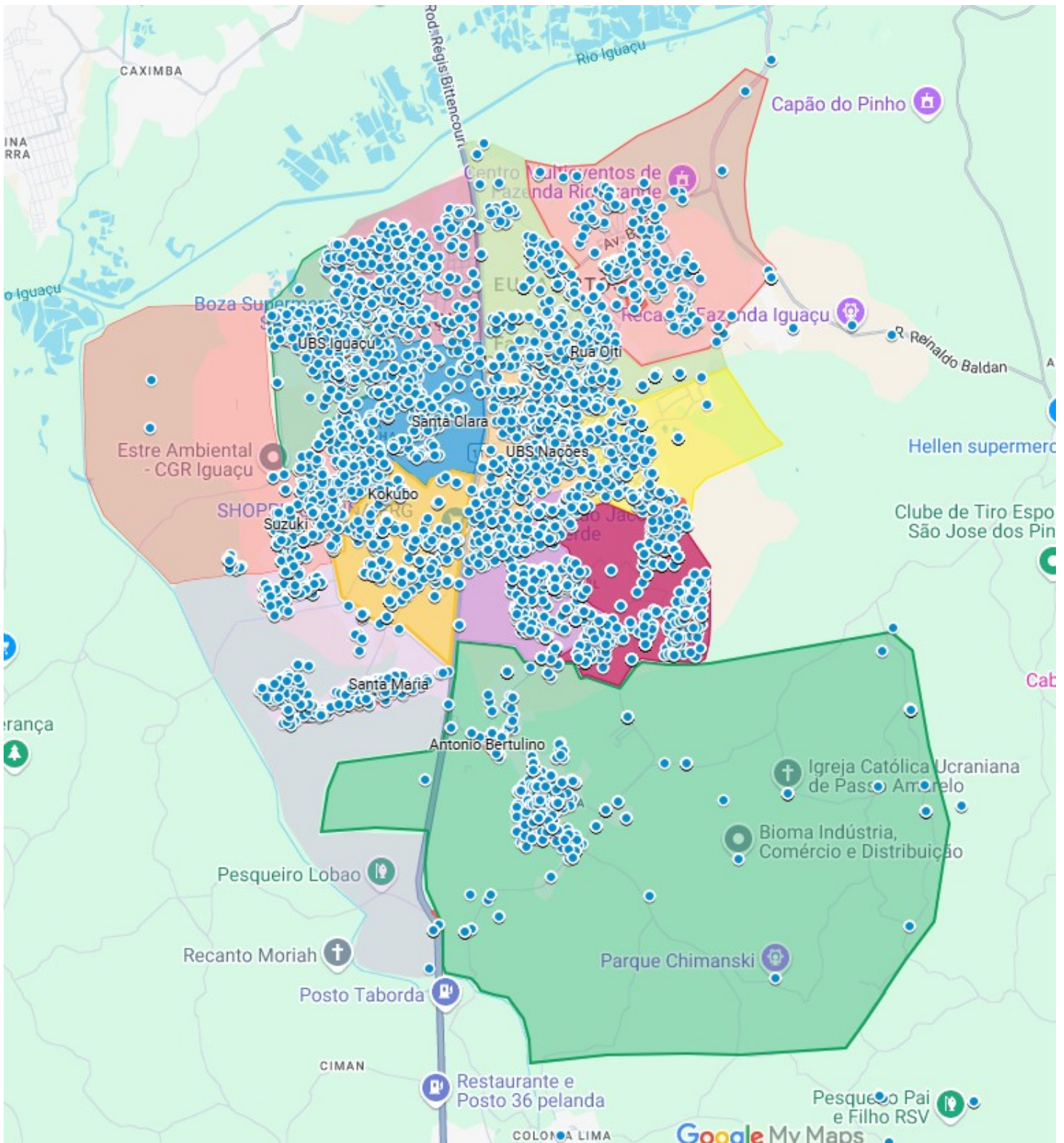
Fonte: desenho realizado no aplicativo Google Maps acervo da autora

Figura 4: Mapa utilizado para análise do território



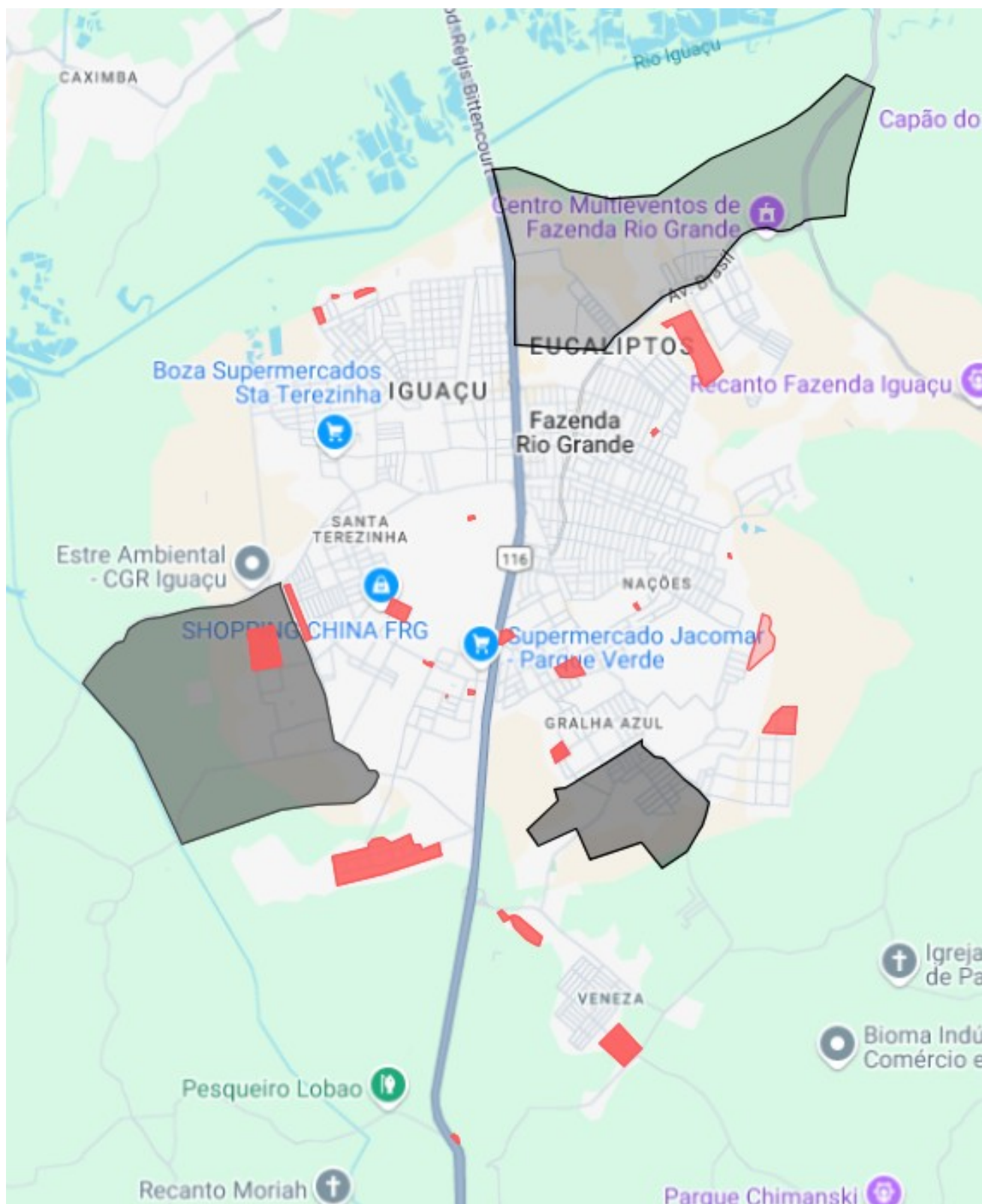
Fonte: Mapa disponibilizado pela SMU, acervo da autora

Figura 5: Distribuição de beneficiários do Programa Bolsa Família



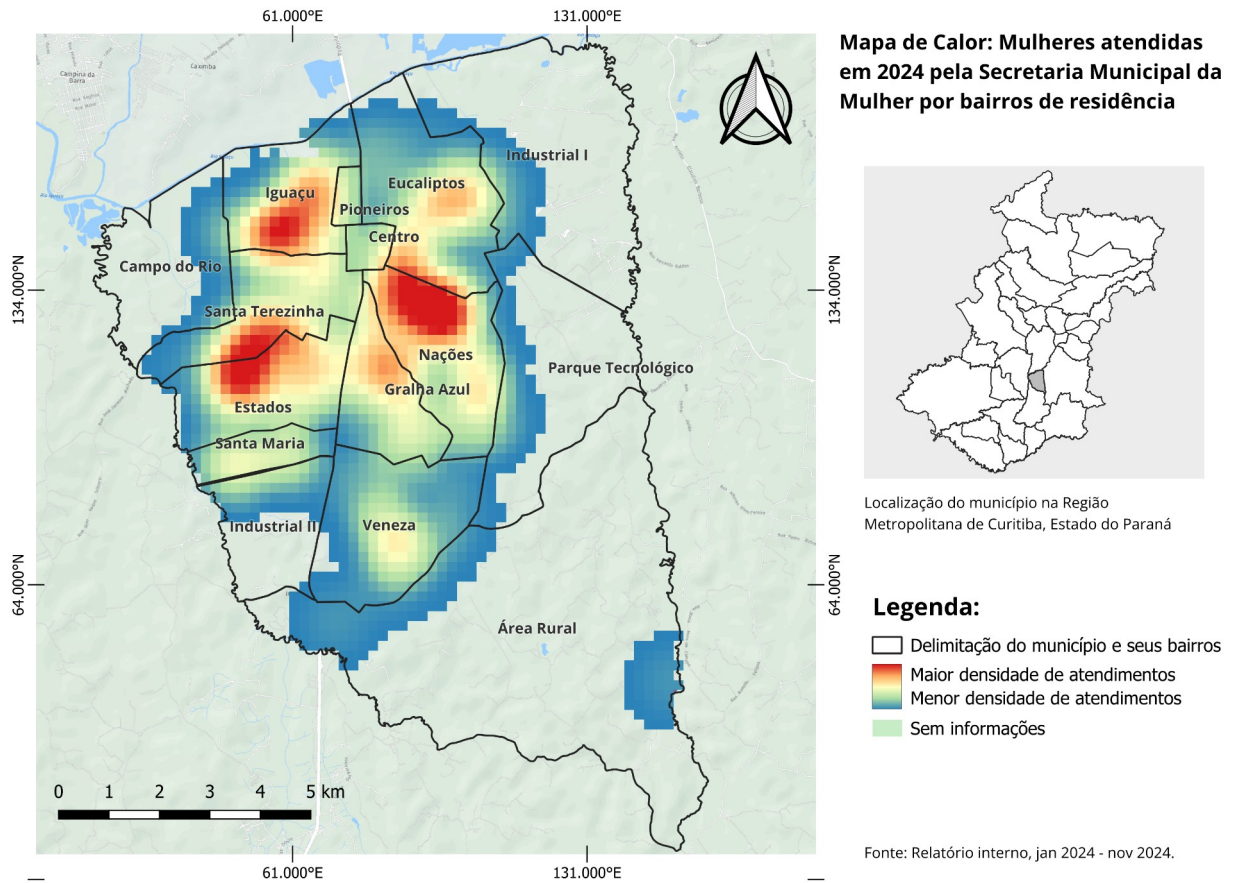
Fonte: desenho realizado no aplicativo Google Maps acervo da autora

Figura 6: Mapa com a delimitação do território das Unidades de Saúde em Construção



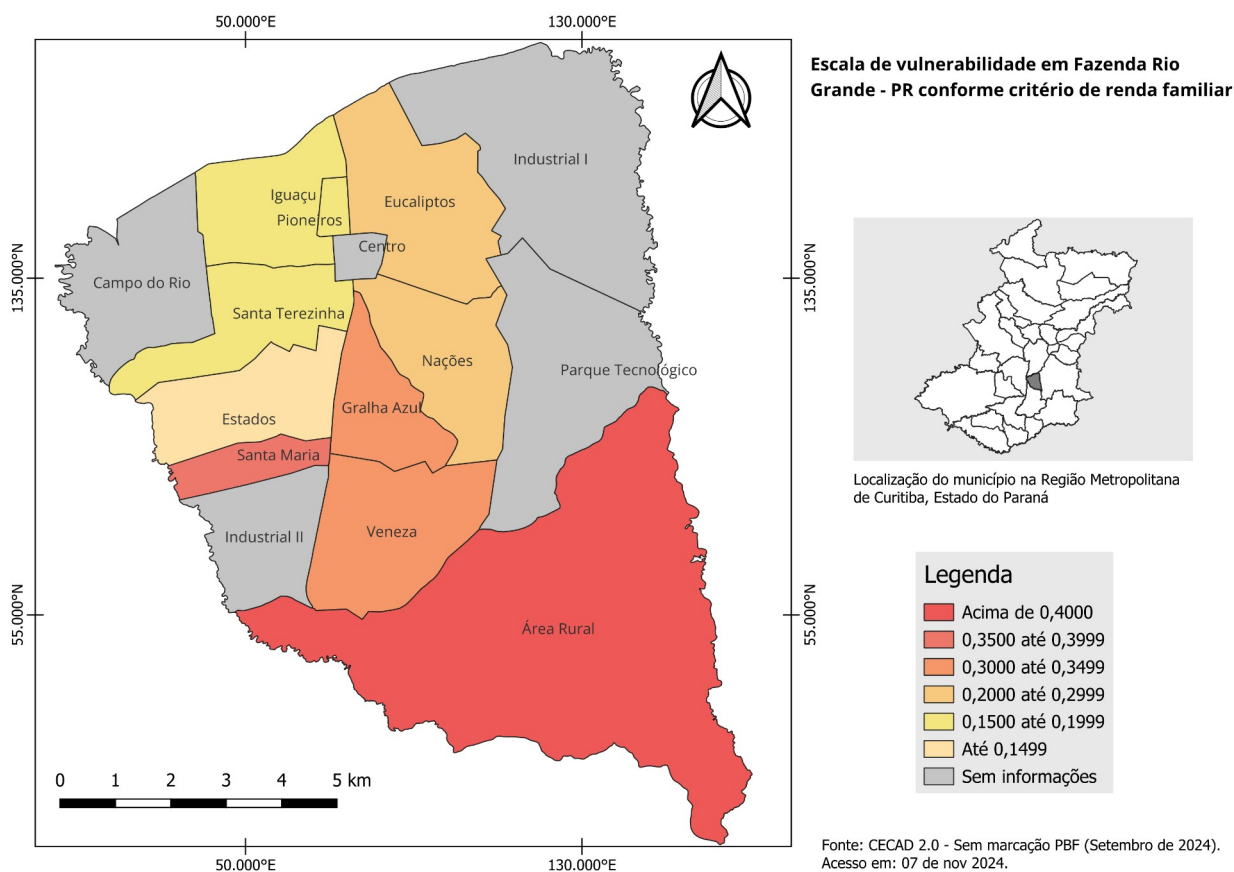
Fonte: desenho realizado no aplicativo Google Maps, acervo da autora

Figura 7: Mapa de calor: mulheres atendidas em 2024 pela Secretaria Municipal da Mulher, por bairros de residência.



Fonte: SMAS, 2024.

Figura 8: Escala de vulnerabilidade em Fazenda Rio Grande, conforme critério de renda familiar.



Fonte: SMAS, 2024.

4.3.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS FASE DE DELIMITAÇÃO E DE APROPRIAÇÃO DO TERRITÓRIO E REDISTRIBUIÇÃO DE ÁREAS DE ABRANGÊNCIA

Foram encontradas 03 localidades sem UBS delimitada (vazios). O loteamento Jd. Santo Antônio, surgido depois da última delimitação, o Parque Tecnológico, ainda sem área definida e Campo da Cruz, que pertence ao território Santa Maria, porém, por questões de acessibilidade, os usuários preferem atendimento na UBS São Sebastião.

Neste mapeamento, o que mais chama atenção é a UBS São Sebastião que encontra-se sufocada por um território muito extenso e muito populoso e com diversas áreas vulneráveis. Conta com área rural com usuários dispersos em grande área e de

difícil acesso para atendimento na UBS. Conta com área urbana bastante populosa e com o território Jd. Palmeiras muito mais próximo da UBS Galha Azul. Observou-se ainda que conta com diversos loteamentos com infraestrutura pronta para construção, projetando aumento da população na sua área urbana nos próximos anos. Este aumento a UBS já reporta que vem acontecendo, pelo volume de atendimentos diariamente.

Outro território que chama atenção é a UBS Eucaliptos, que conta com extensão territorial menor e com oferta de mais de uma consulta por habitante/ano, quando comparada com as outras.

A distribuição dos beneficiários do PBF auxiliar a orientar a distribuição dos ACS em micro-áreas em etapa posterior.

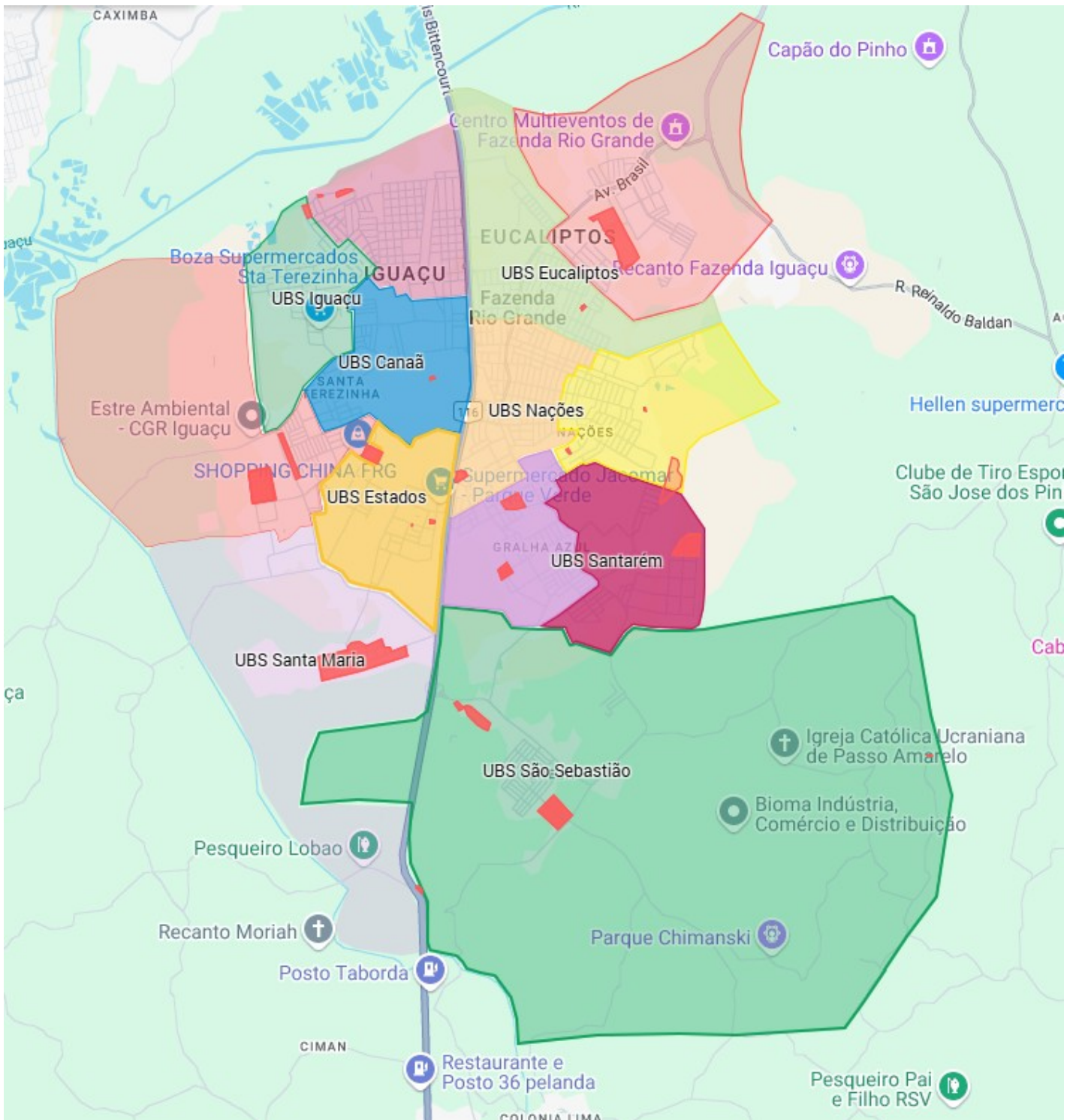
No mapa de redistribuição apontamos as seguintes mudanças (Fig. 9):

- Jd Palmeiras passa a ser dividido entre UBS Santarém e UBS Galha Azul;
- Campo da Cruz passa a ser referenciado oficialmente para a UBS São Sebastião;
- UBS Nações avança para o território da UBS Galha Azul;
- UBS Vila Marli avança para o território da UBS Santarém;
- UBS Eucaliptos avança para o território da UBS Hortência;
- UBS Pioneiros avança para o território da UBS Iguaçu.

Apontamos ainda a necessidade urgente de:

- Mais uma equipe para a UBS Santa Terezinha;
- Mais uma equipe para a UBS São Sebastião;
- Mais uma equipe para a UBS Santarém;
- Definição de uma estratégia organizada para atender a população da área rural (UBS São Sebastião) considerando sua extensão territorial e difícil acesso, refletir sobre a possibilidade de contar com atendimento descentralizado.

Figura 9: mapa com a proposta de redistribuição após discussão com as equipes e distribuição das áreas mais vulneráveis por território



Fonte: desenho realizado no aplicativo Google Maps, acervo da autora

4.4 REDISTRIBUIÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - ACS

Considerando que não temos ACS em número suficiente para cobertura de 100% das áreas, este estudo técnico foi utilizado para embasamento da redistribuição dos mesmos entre as áreas com maiores critérios de risco e vulnerabilidade. O quantitativo por Unidade de Saúde levou em consideração ainda os números de pessoas com os seguintes critérios de acompanhamento: pessoas com 60 anos ou mais, pessoas com menos de 5 anos, beneficiárias do Programa Bolsa Família, conforme discriminado no quadro abaixo:

Quadro 6: Ajuste do número de ACS por Unidade Básica de Saúde

UBS	POPULAÇÃO AJUSTADA (Média Ponderada)	PBF	IDOSO (60+)	< 5 ANOS	Nº DE POP COM CRITÉRIOS	LOCALIDADES VULNERÁVEIS	ESTIMATIVA ACS PARA COBERTURA POP COM CRITÉRIOS	Nº ATUAL DE ACS TRABALHANDO	AJUSTE PELA POP + VULNERÁVEL
Gralha Azul	18386	1922	2195	2775	6892	1º de maio, Boa Esperança, Beco	9	9	9
São Sebastião	14213	2285	2038	2529	6852	São Sebastião, Colonial, Passo Amarelo	9	5	8
Hortência	14808	1632	1392	3069	6093	Jd. Europa	8	5	8
Iguaçu	12981	1479	2123	2489	6091	Pedacço Pantanal	8	8	8
Santa Terezinha	15975	2055	1611	1792	5458	Suzuki, Kokubo, Angico	7	6	7
Estados	13432	1373	1148	2677	5198	Becos, pedacço kokubo	7	4	7
Santa Maria	8672	959	608	2100	3667	Santa Maria	5	4	5
Santarém	10802	1355	956	1907	4218	Final do Santarém	6	7	6
Vila Marli	15477	959	1702	1691	4352	Início Santarém	6	9	6
Pioneiros	14781	852	1939	1775	4566	Pedacço do Pantanal	6	5	5
Nações	12649	975	2054	2002	5031	Pedreira	7	6	4
Canaã	12612	951	1371	1890	4212	Rua Santa Clara	6	4	4
Eucaliptos	12533	681	1989	1421	4091	Rua Oiti	5	10	5

Fonte: a autora

Para cobertura da população com critérios de vulnerabilidade seriam necessários 89 ACS, no momento, temos contratados 84 ACS, porém 02 funcionários estão afastados e sem previsão de retorno. O número por UBS foi ajustado considerando a proporção de 750 pessoas por ACS conforme disposto na PNAB e o ajuste levou em consideração o número de localidades vulneráveis no território.



Encaminho anexo, como parte integrante deste relatório, Instrução Normativa 001/2025, da APS, que trata de normas para cadastro e acompanhamento das famílias pelo Agente Comunitário de Saúde.

REFERÊNCIAS

- ABREU, I. et al. Análise espacial da qualidade da Atenção Básica em Saúde no Brasil. Revista Saúde Debate, n. 42, p. 67-80, set. 2018.
- AMARAL, T. A. et al. A percepção da construção do mapa inteligente e do vídeo educativo: Um relato de experiência. Brazilian Journal of Health Review, v. 3, n. 5, p. 13533-13544, set./out. 2020.
- ARMESTO, L. M. et al. O mapa vivo como estratégia de monitoramento das políticas públicas de saúde: uma revisão integrativa. Recisatec-Revista Científica Saúde e Tecnologia, v. 2, n. 1, p. 1-11, 2022.
- ARAÚJO, I. B.; FRANCO, G. B.; COELHO NETO, A. G. Território, geografia e saúde: a cartografia territorial como instrumento integrador. Caminhos de Geografia, v. 20, n. 71, p. 265-280, set. 2019.
- AZAMBUJA, C. S. M. et al. Cadastramento e mapa inteligente: divergência entre teoria e prática. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 3, p. 13553-13557, mar./abr. 2021.
- BARCELOS, C.; BASTOS, F. I. Geoprocessamento, ambiente e saúde, uma união possível? Cadernos de Saúde Pública, v. 12, n. 3, p. 389-397, 1996.
- BASTOS, P. F. Elementos para discussão do conceito de território: perspectiva operacional na estratégia de saúde de família no bairro do engenho do meio-Recife/PE. Revista da Casa da Geografia de Sobral, v. 3, p. 167-191, jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Descrição metodológica sobre análise espacial de dados epidemiológicos de zoonoses com uso do software Qgis. Brasília, DF: MS, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Textos de epidemiologia para vigilância ambiental. Brasília, DF: MS; FNS, 2002. 131 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011_comp.html. Acesso em: 21 fev. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 21 fev. 2025.

- CAMARGOS, M. A.; OLIVER, A. Uma experiência de uso do georreferenciamento e do mapeamento no processo de territorialização na Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate*, v. 43, n. 123, p. 1259-1269, out./dez. 2019.
- DUARTE, S. P. R. et al. Atualização de mapa territorial em unidade básica de saúde, com utilização de técnica de geoprocessamento: um relato de experiência. *Seminário de Tecnologias Aplicadas em Educação em Saúde*. 2019. 6 p.
- ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS (ESPMG). Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Oficinas de qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte. *Saúde em Casa. Saúde da Família – SUS-BH. Oficina 3. Territorialização e diagnóstico local. Guia do gerente de projetos (tutor)/facilitador*. Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: http://www.esp.mg.gov.br/wpcontent/uploads/2011/02/Oficina3_Territorializacao_130310_baixa.pdf.
- EXEMPLARS IN GLOBAL HEALTH. Community Health Workers in Brazil: Case Study. 2020. Disponível em: https://www.exemplars.health/-/media/files/egh/resources/community-health-workers/brazil/chw_brazil_case_study_por_2020dec_17.pdf. Acesso em: 21 fev. 2025.
- FARIA, R. M. de. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, 2020.