



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Lauana Borges Pedroso

**MAPAS INTELIGENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: percurso
metodológico**

Porto Alegre

2023

Lauana Borges Pedroso

**MAPAS INTELIGENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: percurso
metodológico**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, vinculado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Mônica Maria Celestina de Oliveira

Coorientadora: Marta Quintanilha Gomes

Porto Alegre

2023

Catálogo na Publicação

Pedroso, Lauana Borges

Mapas inteligentes na atenção primária à saúde :
percurso metodológico / Lauana Borges Pedroso. -- 2023.
71 p. : il., graf., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de
Pós-Graduação em Saúde da Família, 2023.

Orientador(a): Prof^a. Dra. Mônica Maria Celestina de
Oliveira ; coorientador(a): Prof^a. Dra. Marta Quintanilha
Gomes.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia de Saúde da
Família. 3. Territorialização. 4. Mapeamento
participativo. 5. Mapa. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a).

Lauana Borges Pedroso

MAPAS INTELIGENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: percurso metodológico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, vinculado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em Porto Alegre, 28 de fevereiro de 2023

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Mônica Maria Celestina de Oliveira – Orientadora
Universidade Federal de Ciência da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

Prof^a. Dra. Carmen Vera Giacobbo Daudt – Examinadora
Universidade Federal de Ciência da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

Prof^a. Dra. Alisia Helena Weis – Exmaninadora
Universidade Federal de Ciência da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

Prof. Dr. Maurício Polidoro – Examinador
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS-IFRS

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer aos profissionais da equipe de Saúde da Família que aceitaram o desafio de realizar este trabalho junto comigo. Principalmente as maravilhosas agentes comunitárias de saúde — Rubina, Luciani e Jussara — gurias, sem vocês isso não seria possível! Que sorte a de quem tem vocês compondo uma equipe.

Agradecer também à toda ajuda do meu amor Everton, que mesmo sabendo a trabalhadeira que este projeto daria aceitou embarcar junto e ser meu editor dos mapas, aquele que sempre descobria um jeito de colocar o que eu queria no papel. Obrigada também por entender a ausência em alguns momentos de “eu preciso terminar isso”.

À minha família que sempre foi base e incentivadora a seguir os estudos. A empolgação de vocês a cada nova etapa e conquista me faz continuar. Com vocês aprendi que “a gente não pode se acomodar!”

Às minhas professoras orientadoras — Mônica e Marta — que sorte a minha ter vocês para organizar minhas ideias, por vezes bagunçadas. Muito obrigada por toda a clareza, apoio, incentivo e tranquilidade.

Aos meus queridos colegas de turma, pelos momentos de desabafos, trocas e motivação. Nossas interações, apesar de sempre on-line, tornaram todo o processo mais leve.

RESUMO

Para que as equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde possam atingir seu potencial resolutivo é necessário adotar estratégias que permitam definir os serviços a serem ofertados, de forma que sejam compatíveis com as necessidades e demandas de saúde da população adscrita. Os mapas e os procedimentos de mapeamento podem ser considerados como instrumento de análise, interpretação, comunicação e construção de cenários. O mapeamento do território a partir de uma metodologia participativa surge como uma alternativa para possibilitar maior envolvimento da equipe no processo de territorialização. Este trabalho tem como objetivo geral desenvolver os mapas inteligentes do território e propôs o mapeamento participativo do território adstrito à uma Unidade de Saúde da Família (localizada no interior do estado do Rio Grande do Sul) visando a apropriação da equipe de Saúde da Família acerca da totalidade do território sob sua responsabilidade. A abordagem utilizada foi qualitativa do tipo pesquisa ação. Participaram do estudo os profissionais da equipe de Saúde da Família da ESF 3 Macedo. A coleta de dados foi realizada em 4 fases. Na primeira fase foi feita a apresentação da pesquisa aos participantes do estudo, bem como a realização da validação do planejamento com eles. Na segunda fase foi realizada atualização dos cadastros das famílias e reconhecimento do território adstrito à ESF 3 Macedo. Na terceira fase a pesquisadora organizou uma planilha para cada microárea com os dados das famílias do território adstrito à ESF 3 Macedo e obteve os mapas atualizados do território da ESF. Já na quarta fase, de posse das planilhas contendo informações das famílias com cadastros atualizados e dos mapas do território, foram realizadas oficinas com os profissionais da ESF3 Macedo. Estas oficinas tiveram como objetivo a definição do território em mapas atualizados e levantamento das características da comunidade. Após a análise dos dados, estes foram organizados nos seguintes itens: território: conceito, caracterização, potencialidades, fragilidades; mapeamento participativo: dificuldades e facilidades e potencial uso dos mapas. A equipe ao desenvolver os mapas inteligentes, teve que se debruçar sobre o território, levantando e identificando os limites do mesmo, os determinantes sociais da saúde presentes e os dados das pessoas que nele habitam. Isto possibilitou que a equipe de saúde da família se apropriasse das características do seu território adstrito, bem como de sua população, tendo nos mapas uma representação da realidade encontrada, que pode facilmente ser revisitada a cada planejamento. Neste estudo observou-se o protagonismo do profissional Agente Comunitário de Saúde na relação território e unidade de saúde. A partir deste estudo desenvolveu-se um roteiro para realização de oficinas que visa auxiliar as equipes de Saúde da Família (eSF) a confeccionar e/ou atualizar os mapas

do seu território através de um processo de mapeamento participativo envolvendo a equipe como um todo e elaborando mapas inteligentes que possam melhor representar o território adstrito.

Palavras- chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Territorialização. Mapeamento participativo. Mapa.

ABSTRACT

The teams that work in Primary Health Care can achieve their resolving potential adopting strategies that allow defining the services to be offered, so that they are compatible with the health needs and demands of the territory's population. Maps and mapping procedures can be considered as an instrument of analysis, interpretation, communication and construction of scenarios. Territory mapping based on a participatory methodology emerges as an alternative to enable greater team involvement in the territorialization process. This study has the general objective of developing smart maps of the territory and proposed the participatory mapping of the territory's a Family Health Unit (located in the interior of the state of Rio Grande do Sul) and the making of territory's intelligent maps with aim of the Family Health team to appropriate about territory under its responsibility. The approach used was a qualitative action research type. Professionals from the Family Health team at ESF 3 Macedo participated in the study. Data collection was carried out in 4 phases. In the first phase, the research was presented to the study participants, as well as the planning was validated with them. In the second phase, the families' registers were updated and the territory assigned to ESF 3 Macedo was recognized. In the third phase, the researcher organized a spreadsheet for each micro area with data's families in the territory of ESF 3 Macedo and obtained updated maps of the territory. In the fourth phase, owning spreadsheets containing information on families with updated records and territory's maps workshops were held with professionals from ESF3 Macedo. These workshops aimed to define the territory on updated maps and survey the characteristics of the community. After analyzing the data, they were organized into the following items: territory: concept, characterization, strengths, weaknesses; participatory mapping: difficulties and facilities and potential use of maps. When smart maps were developed, the team had to study the territory, survey and identify its limits, the social determinants of health present and the people's data. This allowed the family health team to take ownership of the characteristics of its assigned territory, as well as its population, having maps representing reality, which can be easily revisited at each planning. In this study, the protagonism of the professional Community Health Agent in the relationship between territory and health unit was observed. Based on this study, a script was developed for conducting workshops aimed at helping Family Health (eSF) teams to create and/or update maps of their territory through a participatory mapping process involving the whole team and elaborating intelligent maps that can better represent the assigned territory.

**Keywords: Primary Health Care. Family Health Strategy. Territorialization.
Participatory mapping. Map.**

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1— Modelo de planilha de uma microárea com os dados das famílias.....	24
Figura 2— Mapa da região do município contendo território adstrito à ESF 3 Macedo.....	25
Figura 3— Mapas dos bairros que compõe o território da ESF 3 Macedo com quadras e lotes.....	26
Figura 4— Mapa geográfico do território da ESF 3 Macedo impresso.....	27
Figura 5— Mapas pintados com lápis de cor pela eSF- delimitação MA.....	27
Figura 6— Mapa do território com área e microáreas delimitadas.....	28
Figura 7— Mapa MA 02 com lotes e números de casas inicial.....	28
Figura 8— Mapa MA 02 caracterizado pela eSF.....	29
Figura 9— Mapa MA02 com alterações realizadas pela equipe e caracterização das famílias utilizando cores.....	30
Figura 10— Mapa MA 02 pós alterações realizadas pela eSF com casas e famílias representada.....	31
Figura 11— Nuvem de palavras- NVivo.....	33
Figura 12— Mapa de árvore- NVivo.....	34
Figura 13— Mapa exposto recepção da unidade ESF 3 Macedo.....	47
Figura 14— Mapas MA 02 com casas e famílias expostos da sala de reuniões da ESF 3 Macedo.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eAB	equipe de Atenção Básica
eAP	equipe de Atenção Primária
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
eSF	equipe de Saúde da Família
ACS	Agente Comunitário de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
RCB/RS	Rede Bem Cuidar Rio Grande do Sul
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
MA	Microáreas
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
VD/ VDs	Visita Domiciliar/ Visitas Domiciliares
EMEIS/ EMEIs	Escola Municipal de Educação Infantil/ Escolas Municipais de Educação Infantil
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
2.1 Atenção Primária à Saúde	15
2.2 Mapeamento do território na APS	16
3 OBJETIVOS	20
4 METODOLOGIA	21
4.1 Tipo de Estudo/ Delineamento.....	21
4.2 Local do estudo	21
4.3 Período da coleta de dados.....	22
4.4 Participantes do estudo/ População Alvo.....	22
4.5 Seleção dos participantes	22
4.6 Coleta de dados	22
4.7 Procedimento para coleta de dados.....	22
4.7.1 1ª fase	23
4.7.2 2ª fase	23
4.7.3 3ª fase	24
4.7.4 4ª fase	26
4.8 Análise dos dados	31
4.9 Aspectos éticos.....	32
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
5.1 Território	34
5.2 Mapeamento participativo	38
5.3 Potencial uso dos mapas	43
6 LIMITAÇÕES	49
7 PRODUTO DO MESTRADO	50
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
APÊNDICES	56
APÊNCICE A — Questões orientadoras das oficinas.....	56
APÊNCICE B — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	57
APÊNCICE C — Termo da autorização do uso de imagem	59
APÊNCICE D — Tabela de resultados de frequência de palavras NVivo.....	60

ANEXOS	62
ANEXO A — Parecer de aprovação no CEP	62
ANEXO B — Ficha de cadastro domiciliar e territorial	67
ANEXO C — Ficha de cadastro individual.....	69

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é desenvolvida por meio de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, direcionadas aos indivíduos, famílias e coletividade. Estas ações são realizadas por uma equipe multiprofissional que assume a responsabilidade sanitária por determinada população e território. No Brasil a estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS é Saúde da Família.¹

Para que as equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde possam ser resolutivas é necessário adotar estratégias que permitam definir os serviços a serem ofertados, de forma que sejam compatíveis com as necessidades e demandas de saúde da população adscrita, seja por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou outros arranjos de equipes de Atenção Básica (eAB), que atuem em conjunto, compartilhando o cuidado e apoiando as práticas de saúde nos territórios.¹

Os territórios subsidiam a atuação na Atenção Primária à Saúde e são destinados a dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica.¹ Para que isto ocorra o território, além de unidade geográfica de construção descentralizada do SUS, deve ser considerado como espaço particular, resultante da história, cultura, ambiente e de disputas de poder nele existente.² Reconhecer esta dinâmica social e política nas áreas de atuação é, portanto, a primeira etapa para um aperfeiçoamento das práticas de trabalho das equipes de Saúde da Família nestes territórios.²

Levando em consideração que oferta de ações e serviços na Atenção Primária à Saúde devem considerar políticas e programas prioritários, as diversas realidades e necessidades dos territórios e das pessoas, é fundamental que o processo de trabalho se caracterize por: Territorialização; População Adscrita; Cuidado Centrado na Pessoa; Participação da comunidade.¹

Os mapas e os procedimentos de mapeamento podem ser considerados como instrumento de análise, interpretação, comunicação e construção de cenários, permitindo se aproximar e reconstruir a totalidade do espaço geográfico. A expressão do território em mapas é condicionada à própria coleta e seleção de informações; eles são ferramentas úteis para sistematização, interpretação e comunicação de resultados para a gestão e avaliação.²

Considerando que a equipe deve conhecer o território sob sua responsabilidade e, a partir deste, programar suas ações levando em consideração o perfil e as necessidades da comunidade, diferentes elementos devem ser levantados para a cartografia: ambientais, históricos,

demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais, etc, É importante refazer ou complementar a territorialização sempre que necessário, dado que o território é vivo e está em constante modificação.¹

O mapeamento do território a partir de uma metodologia participativa surge como uma alternativa para possibilitar maior envolvimento da equipe no processo de territorialização permitindo o estabelecimento de vínculos entre território, população e o serviço de saúde.²

Esta dissertação surge a partir da vivência da pesquisadora mestranda em uma Unidade de Saúde da Família (USF) no Município de Venâncio Aires, interior do Rio Grande do Sul, na qual atua há 6 anos como Cirurgiã-Dentista. A referida USF é composta por 7 microáreas, encontrando-se atualmente 4 delas sem agente comunitário de saúde. A falta do agente comunitário de saúde (ACS) prejudica a atuação da equipe da saúde, pois nestas microáreas o cadastro das famílias encontra-se desatualizado e não se conhece a realidade do território nem das pessoas que neles habitam. Além disso, a equipe possui um mapa utilizado apenas como representação física do território e localização dos endereços informados pelos usuários ao buscar atendimento na USF (este foi confeccionado há muitos anos em material emborrachado e encontra-se desatualizado). Frente a esta realidade e a necessidade de atualização da população cadastrada e vinculada à eSF devido ao Programa Previne Brasil (financiamento federal)³ e Rede Bem Cuidar RS (RBC/RS- (financiamento estadual)⁴, é proposto o mapeamento participativo do território adstrito a USF e a confecção de mapas inteligente do território visando a apropriação da eSF acerca da totalidade do território sob sua responsabilidade, para que seja possível qualificar o processo de trabalho da equipe a partir do seu território e da necessidades das pessoas que nele habitam, e assim, melhorar seus indicadores de desempenho.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o contato preferencial dos usuários na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS. São estes:

I - Princípios: a) Universalidade; b) Equidade; e c) Integralidade.

II - Diretrizes: a) Regionalização e Hierarquização; b) Territorialização; c) População Adscrita; d) Cuidado centrado na pessoa; e) Resolutividade; f) Longitudinalidade do cuidado; g) Coordenação do cuidado; h) Ordenação da rede; e i) Participação da comunidade.¹

Levando em consideração a Saúde da Família como orientadora da atuação e ordenadora das RAS; a importância da territorialização e da adscrição das pessoas aos serviços e o desenvolvimento de vínculo e responsabilização entre equipe e população assistida; a necessidade de ampliação da capacidade instalada e abrangência da oferta dos serviços da APS com atuação de equipes multiprofissionais; a necessidade da valorização do desempenho das equipes e serviços de APS para o alcance de resultados em saúde; e a necessidade de revisar equitativamente a forma de financiamento federal de custeio à APS é instituído em 12 de novembro de 2019 o Programa Previne Brasil.³

O financiamento federal de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) é constituído por: I - capitação ponderada; II - pagamento por desempenho; e III - incentivo para ações estratégicas.

O cálculo para a definição dos incentivos financeiros da capitação ponderada deve considerar: I - a população cadastrada na equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); II - a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na eSF e na eAP; III - o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na eSF e na eAP; e IV - classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).³

O cálculo do incentivo financeiro do pagamento por desempenho considera os resultados de indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no SCNES.³

O conjunto de indicadores do Pagamento por Desempenho observado na atuação das equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP), abrange as ações estratégicas de Saúde da Mulher, Pré-Natal, Saúde da Criança e Doenças Crônicas (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus).⁵

Já no estado do Rio Grande do Sul em 29 de agosto de 2021, o Decreto número 56.062 institui a Rede Bem Cuidar RS, dentro do componente estratégico de incentivo à qualificação

da Atenção Primária à Saúde do Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde - PIAPS - no Sistema Único de Saúde - SUS. ⁴ O funcionamento da RBC/RS é composto por 3 etapas: adesão, desenvolvimento e monitoramento e apresenta os seguintes objetivos ⁶:

Quais os objetivos da RBC/RS?

1. Construir estratégias para o enfrentamento dos novos desafios impostos pela pandemia de Covid-19, a partir das demandas do território vivenciadas pelos usuários.
2. Estimular a construção de ambientes favoráveis à promoção do cuidado humanizado.
3. Mapear e estabelecer conexões de valor na comunidade, no município e na região, para a incubação de inovação e tecnologia, a partir das demandas identificadas.
4. Induzir a melhoria das práticas de saúde e o cuidado para o envelhecimento saudável, impactando na melhoria da qualidade de vida da população gaúcha em todas as idades.
5. Elaborar de forma ascendente ações que priorizem o compartilhamento de saberes, a valorização das singularidades de cada território, a participação social na análise e tomada de decisões e o fortalecimento da participação social.
6. Fomentar as relações de confiança, compromisso e vínculo entre usuários, trabalhadores e gestores, condição fundamental para concretizar os princípios da integralidade.

Tanto o Previne Brasil quanto a RBC/RS apontam a importância de se trabalhar com território definido. O território é o campo no qual se dá a interação entre as pessoas e os serviços de atenção primária à saúde. É caracterizado por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, quase sempre com condicionantes e determinantes de saúde.⁷ Este espaço apresenta além da delimitação física, componentes históricos, demográficos, epidemiológicos, administrativos, tecnológicos, políticos, social e cultural, que o caracterizam como um território em construção contínua. A atuação da Atenção Primária tendo como foco determinado território permite: delinear e caracterizar a população e seus problemas de saúde; a criação de vínculo e responsabilidade entre os serviços de saúde e usuários. ^{8,9}

Ao pensar em território devemos ir além do território enquanto espaço geográfico, a categoria de análise é o território utilizado, levando em consideração os diversos processos que podem influenciá-lo.¹⁰

A equipe de saúde da família atua em um espaço previamente delimitado, utiliza-se da territorialização para a organização dos processos de trabalho e das ações em saúde, identificando vulnerabilidades, populações expostas e seleção de problemas prioritários para intervenções, assim como a avaliação dos impactos das ações em saúde. ¹¹

2.2 Mapeamento do território na APS

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ¹ estabelece como atribuições comuns a todos os profissionais a participação no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduo expostos a riscos, e a

atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local. Sendo assim, a territorialização é uma ação primordial, pois dela decorre a análise da situação de saúde, planejamento e a implantação de ações estratégicas, que garantam resolubilidade ao sistema.^{12,13}

A Política Nacional de Promoção da Saúde também considera prioritária a promoção do uso de metodologias de reconhecimento do território, em todas as suas dimensões: demográfica, epidemiológica, administrativa, política, tecnológica, social e cultural, como instrumento de organização dos serviços de saúde.¹⁴

A partir do reconhecimento do território (territorialização das microáreas de abrangência, cadastramento das famílias e definição das principais áreas de risco) as equipes de Saúde da Família podem ainda elaborar o mapeamento dos territórios, ou seja, a representação gráfica das suas áreas de atuação.¹⁵

A qualidade do mapa não se mede apenas pelo grau de precisão e de conteúdo técnico, mas também por outros atributos, que devem ser considerados na avaliação da qualidade dos produtos cartográficos como a legibilidade ou facilidade de comunicação e a exatidão ou fidelidade às informações levantadas no campo.¹⁶

O mapa ao fazer referência apenas à quantidade de população para o desenvolvimento de recortes territoriais, sem nenhuma proposta de classificação ou identificação destes territórios, por ações ou problemas de saúde acaba por limitar a eficácia da atuação das equipes da ESF.³ O desafio é que as equipes, a partir de um processo educativo, além de se reunirem para discutir sobre as informações retratadas no mapa, sejam capazes de analisar o território buscando uma melhor compreensão sobre o espaço de vida, os determinantes e os condicionantes ambientais e sociais de saúde, e a influência destes na incidência e desdobramentos dos agravos de saúde da população.¹²

O mapeamento resulta em dois tipos de mapas utilizados pelas eSF: o mapa estático e o mapa dinâmico, conhecido como mapa inteligente. O primeiro, busca representar características que pouco se modificam com o tempo, a exemplo, as características geográficas e os limites territoriais das áreas de atuação das equipes. Já o segundo, o mapa inteligente, representa uma fotografia momentânea dos territórios, sendo caracterizado pelo dinamismo e pela possibilidade de ser modificado permanentemente. Configura-se como um importante instrumento para compreender a realidade local, planejar o trabalho das equipes e avaliar os resultados obtidos através das suas ações.¹⁷

O mapa inteligente além instrumento de uso individual do agente comunitário de saúde e de uso coletivo da equipe, se torna ferramenta importante na identificação das situações de

saúde do território e no planejamento, execução e acompanhamento das atividades na comunidade ¹¹, sendo uma excelente ferramenta de gestão do cuidado no processo de trabalho das eSF. ¹⁸

O mapa falante também tem sido usado para estudar espaços geográficos, uma vez que está de acordo com a visão de território como espaço do cotidiano, vivo, em constante transformação. É considerado como um potente instrumento para fazer uma leitura qualificada da realidade a partir de suas múltiplas dimensões. Ao construí-lo, os participantes fazem uma representação coletiva de como veem a situação do território, identificando os pontos positivos e os negativos, o que facilita uma análise crítica da situação encontrada e o planejamento de ações voltadas especificamente para o espaço analisado. Assim, desenvolvendo tecnologias espaço centradas para e com a saúde, a geografia desenvolve também tecnologias centradas nas e com as pessoas e as comunidades. Essas tecnologias inovadoras, capazes de produzir o novo, de instituir relações entre pessoas e espaços, operam e se aproveitam da riqueza e das subjetividades da realidade local. ¹⁹

Os métodos de mapeamento podem ser utilizados como instrumento didático e de debate acerca do território e suas características. Os mapas devem ser pensados e produzidos a partir de um processo educativo na busca de apropriação sobre o território, os determinantes e os condicionantes ambientais e sociais e sua influência no desenvolvimento dos agravos de saúde da população. Estas técnicas participativas para definir a percepção geográfica de espaço servem para compartilhar os conhecimentos gerados de maneira conjunta sobre cada região, permitindo agregar novas informações que muitas vezes não estão presentes nas bases de dados oficiais. ¹³

O mapeamento de forma participativa refere-se amplamente a qualquer método utilizado para obter e registrar dados espaciais em parceria com os atores sociais, neste caso os membros de equipes da USF. Sendo assim, o mapeamento não inclui apenas um conjunto de ferramentas de visualização de dados, mas um processo participativo que envolve os desenvolvedores/usuários dos mapas, desde a coleta e sistematização de informação até a confecção destes mapas para auxiliar o processo decisório. ²

O mapeamento participativo utiliza-se da elaboração de mapas, para identificar necessidades de saúde centradas na comunidade. Considera a determinação social da doença, intersectorialidade, a percepção de coletivos, a dinamicidade do território. Este mapeamento consiste num processo reflexivo e crítico, que incorpora as dimensões socioafetivas, simbólicas, culturais, como também as transformações territoriais e do modo de vida. Requer habilidades

como reconhecer e respeitar o saber popular em relação ao modo de vida e às práticas em saúde, dentre outros aspectos essenciais para a territorialização.¹³

Sendo assim, a elaboração e a interpretação de mapas pelas equipes da Saúde da Família é um processo de comunicação gráfica, que leva em consideração o entendimento dos profissionais de saúde sobre seu território de atuação. O uso de mapas estimula a aprendizagem sobre as interações humanas e os objetos geográficos. A integração entre as ferramentas de geoprocessamento e o mapeamento participativo permite incorporar dados secundários, obtidos por meio de banco de dados (condições de habitação; infraestrutura urbana, condições epidemiológicas e ambientais) a informações produzidas no campo (organização do território; objetos geográficos de interesse para a comunidade, recursos e riscos percebidos). O processo de reconhecimento do território de atuação das equipes da ESF deve refletir as novas maneiras de realizar o trabalho em saúde, em situações concretas que contribuam para a produção da saúde. Assim como o mapa busca representar o território, seu processo de confecção e interpretação demonstra a apropriação deste pelas equipes da ESF.²

3 OBJETIVOS

GERAL: Desenvolver os mapas inteligentes do território (área e microáreas), propondo utilizá-los como uma ferramenta de gestão do cuidado no processo de trabalho da equipe de Saúde da Família.

ESPECÍFICOS:

1. Definir o conceito de território vivo com os sujeitos (equipe de Saúde da Família);
2. Levantar dados do território de abrangência da eSF através do mapeamento participativo;
3. Conhecer a visão dos profissionais acerca do território sobre sua responsabilidade;
4. Desenvolver um roteiro para realização do mapeamento participativo e confecção de mapas inteligentes do território pela eSF.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo/Delineamento

Estudo com abordagem qualitativa do tipo pesquisa ação. A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema, estão envolvidos de modo cooperativo e colaborativo. Apresenta as fases: exploratória, principal, de ação e de avaliação.²⁰

Este caminho metodológico favorece o desenvolvimento de um processo de interação entre pesquisadores e os sujeitos participantes da pesquisa. Apresenta, como potencialidade, aproximar os pesquisadores com os trabalhadores, profissionais do serviço de saúde e a comunidade, bem como o diálogo entre a ciência e a vida. É capaz de subsidiar o planejamento conjunto, a elaboração de proposições e ações num diálogo crítico e problematizador das fragilidades, necessidades, mecanismos de superação e adaptação às novas realidades que emergem no território local, espaço de atuação da APS. Pesquisas socialmente engajadas promovem o fortalecimento e a participação da comunidade, de profissionais de saúde, gestores e trabalhadores, num movimento de produzir ciência na prática da vida comunitária, fortalecendo o modelo de atenção à saúde e, sobretudo, a APS. Esse tipo de abordagem favorece a percepção ecossistêmica dos problemas de saúde e o avanço na proposição de políticas públicas de saúde que efetivem realmente o vínculo, o acolhimento das necessidades de saúde, a responsabilidade sanitária pelo território e a ação transdisciplinar e intersetorial.²¹

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Venâncio Aires (situado no estado do Rio Grande do Sul, Brasil) na unidade de Saúde da Família ESF3 Macedo e seu território adstrito.

O município de Venâncio Aires fica localizado no interior do Rio Grande do Sul na região entre os Vales do Rio Pardo e Rio Taquari, distante 130 quilômetros da capital do estado Porto Alegre. Tem uma área de 772, 588 quilômetros quadrados e é margeada por acessos asfálticos por meio da RSC-287 e RSC-453. A base econômica do município tem forte referência na cultura e industrialização do tabaco, porém nos últimos anos vem diversificando as atividades comerciais e industriais. Além da indústria, a agricultura também mostra o caminho da diversificação.²² Sua população estimada é de 72.373 mil habitantes (2021) e o índice de desenvolvimento humano municipal é de 0,712 (2010).²³ O território

adstrito a ESF 3 Macedo fica da área urbana do município no 1º distrito - Sede e envolve os bairros Brands, Macedo, Vila Rica, Cidade Alta e Cidade Verde.

4.3 Período da coleta de dados

Os dados foram coletados de abril de 2022 a novembro de 2022.

4.4 Participantes do Estudo/População alvo

Participaram do estudo os profissionais da equipe de Saúde da Família da ESF3 Macedo.

4.5 Seleção dos participantes

Foram selecionados os profissionais do município que atuaram na Unidade de Saúde da Família ESF 3 Macedo no período de realização do estudo, sendo eles equipe de Saúde da Família: três Agentes Comunitárias de Saúde, dois Enfermeiros, uma Técnica de Enfermagem e uma Médica; equipe de Saúde Bucal: duas Auxiliares em Saúde Bucal e uma Cirurgiã-Dentista ; uma Atendente de Unidade de Saúde; uma Psicóloga Clínica; uma servente e duas estagiárias. Durante o processo houve a troca dos profissionais Enfermeiro, Auxiliar em Saúde Bucal e estagiária.

4.6 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada em quatro fases. A pesquisadora elaborou um diário de campo onde fez um relatório-descritivo de cada fase da pesquisa-ação.

Na primeira fase foi feita a apresentação da pesquisa aos participantes do estudo, bem como a realizada a validação do planejamento com eles.

Na segunda fase foi realizada atualização dos cadastros das famílias e reconhecimento do território adstrito à ESF 3 Macedo.

Na terceira fase a pesquisadora organizou uma planilha para cada microárea com os dados das famílias do território adstrito à ESF 3 Macedo e obteve os mapas atualizados do território da ESF.

Já na quarta fase, de posse das planilhas contendo informações das famílias com cadastros atualizados e dos mapas do território, foram realizadas oficinas com os profissionais da ESF3 Macedo. Estas oficinas tiveram como objetivo a definição do território em mapas atualizados e levantamento das características da comunidade.

4.7 Procedimentos para a coleta de dados

4.7.1 1ª fase- Em uma sexta-feira à tarde, no turno de reunião semanal de equipe, a pesquisadora apresentou o projeto de pesquisa a todos os profissionais da equipe de saúde da família da ESF 3 Macedo, sendo o planejamento da pesquisa validado com estes. Esta reunião foi gravada (áudio), servindo a gravação como banco de dados para a pesquisadora elaborar o relatório desta primeira fase de planejamento da pesquisa-ação.

4.7.2 2ª fase- Atualização dos cadastros das famílias- O território da ESF 3 Macedo configura-se como uma área subdividida em sete microáreas (MA 01, MA 02, MA 03, MA 04, MA 05, MA 06, MA 07), estando atualmente quatro destas descobertas (sem agente comunitário de saúde- MA 01, MA 03, MA 04, e MA07). Todos os profissionais da equipe foram convidados a participar. Nesta fase foi realizada a atualização cadastral de algumas famílias por meio das fichas de cadastro - cadastro domiciliar e territorial e cadastro individual (Anexo B e C), bem como reconhecimento desses territórios, visto que não era rotina a realização de visitas domiciliares nestas microáreas e os profissionais acabavam por não as conhecer. Nas áreas descobertas, de posse dos endereços limítrofes das microáreas os cadastros foram atualizados por meio de visitas domiciliares realizadas por uma dupla ou trio composta por uma Agente Comunitária de Saúde (ACS)-devido a expertise deste profissional no cadastramento dos usuários- e outro profissional da equipe da ESF3 Macedo. Cada dupla/ trio trabalhou em uma microárea que foi definida previamente na etapa de planejamento. O planejamento inicial foi revisitado diversas vezes e cada dupla se organizou conforme sua disponibilidade para realização das visitas. Ocorreu um dia (sábado) no qual todas as duplas estavam simultaneamente no território. As impressões acerca do trabalho realizado a cada dia foram sendo compartilhadas junto a equipe nas sextas-feiras à tarde no momento de reunião de equipe onde os participantes faziam a discussão sobre como se deu o processo (facilidades, dificuldades), características do território. A pesquisadora realizou gravações (áudios) destes momentos. As gravações serviram como banco de dados para a pesquisadora elaborar o relatório desta fase da pesquisa-ação.

Nas áreas com cobertura por ACS (MA 02, MA 05 e MA 06) os cadastros são mantidos atualizados pela ACS responsável por cada MA e os demais profissionais têm conhecimento acerca do território devido à realização de visitas domiciliares periodicamente.

Nesta fase além do trabalho na rua, foi realizada a informação dos dados obtidos no sistema de informação, sendo necessário além de mexer nos cadastros domiciliares -criando e alterando a composição familiar, mexer também no cadastro individual dos usuários atualizando o cartão SUS no CADWEB evitando desta forma cadastros não válidos e/ duplicados. Este procedimento de atualização do cartão SUS dos usuários foi realizado

inicialmente pela enfermeira 1 e pela pesquisadora e após somente pela pesquisadora (após troca de profissional). Nas MA com ACS, este é o responsável por todo processo de atualização dos cadastros.

Após o tempo destinado para esta fase, o qual foi prorrogado para possibilitar maior obtenção de dados e também devido ao afastamento da pesquisadora por motivos de saúde, seguiu-se com as demais fases da pesquisa, porém a atualização dos cadastros segue ocorrendo sob responsabilidade das ACSs.

4.7.3 3ª fase - A partir dos dados presentes nas fichas de cadastro - cadastro domiciliar e territorial e cadastro individual (Anexo B e C) - informados do sistema de informação, a pesquisadora elaborou sete planilhas (uma para cada MA) com os dados das famílias do território. Nesta planilha (Figura1) estão incluídas o número da família, a composição familiar, informações acerca do ciclo de vida dos indivíduos e da sua situação de saúde. Além da construção da planilha com as informações das famílias do território, a pesquisadora obteve os mapas atualizados do território, para isso foram utilizados como base mapas fornecidos pelo setor de engenharia da prefeitura (formato PDF - figuras 2 e 3- e DWG) que foram editados utilizando-se softwares de imagem por satélite e de desenho digital.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Nome	D.N.	SUS	GESTANTE	DM	SM	HAS	IDOSO	
2									
3									
4									
5	ENDEREÇO: Rua								
6	TELEFONE:								
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									

Figura 1 – Modelo de planilha de uma microárea com os dados das famílias.

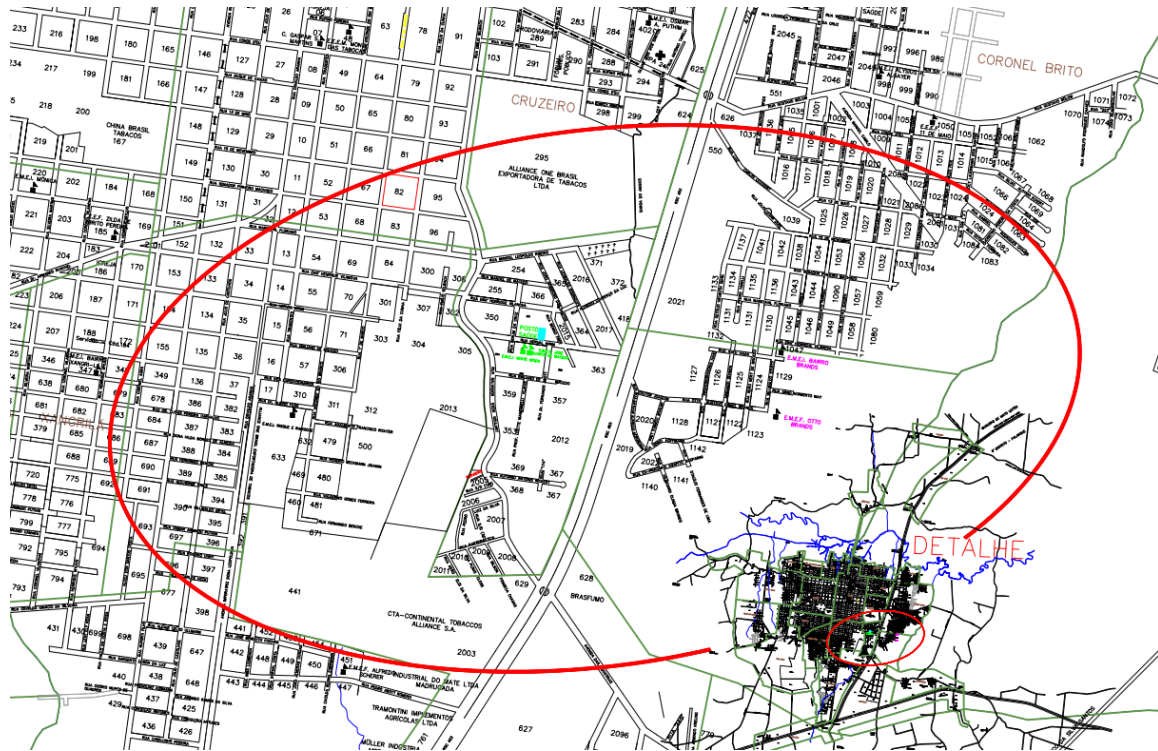


Figura 2 — Mapa da região do município contendo território adstrito à ESF 3 Macedo.

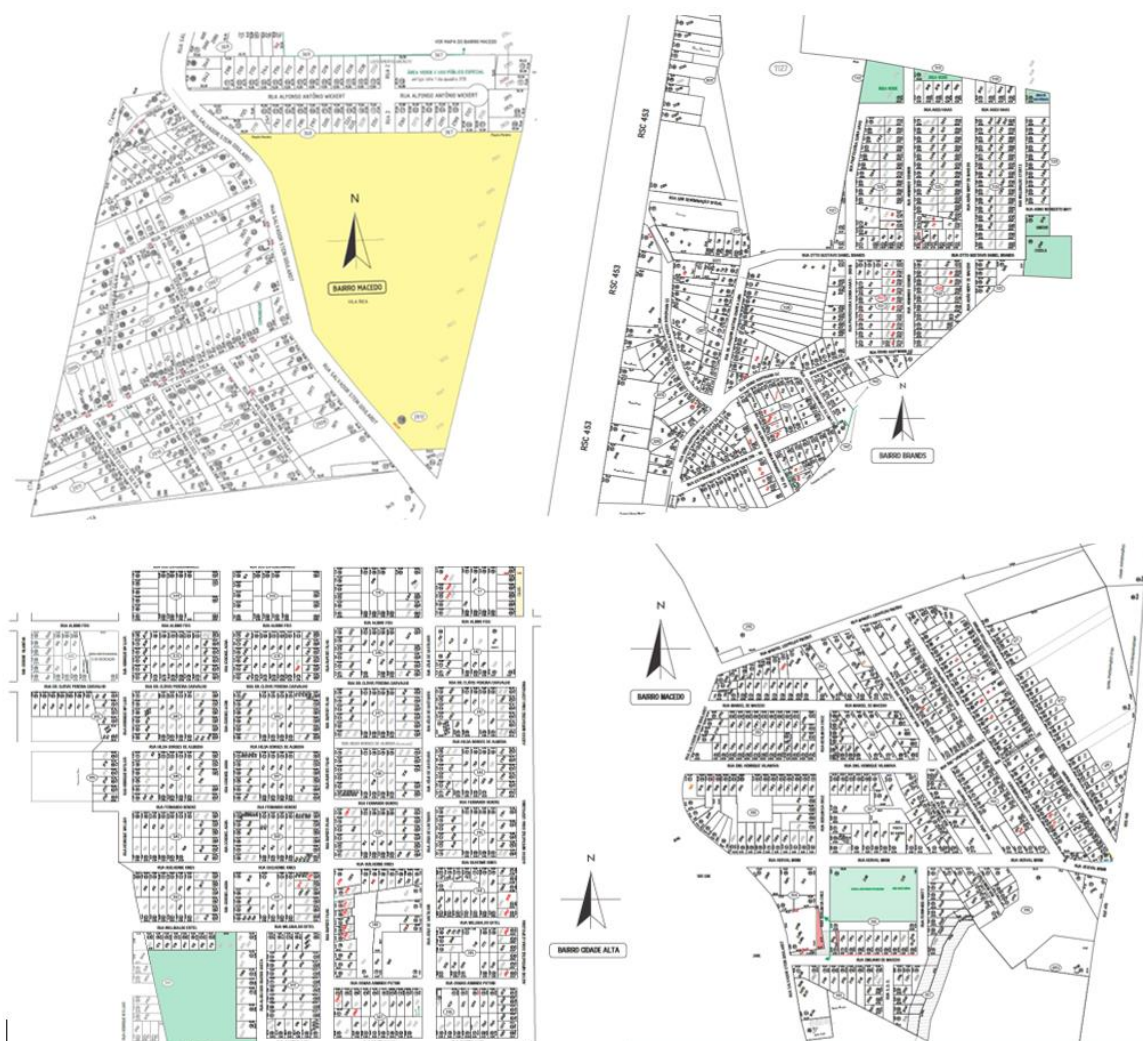


Figura 3 — Mapas dos bairros que compõe o território da ESF 3 Macedo com quadras e lotes.

4.7.4 4ª fase- OFICINAS – As oficinas foram realizadas em reunião semanal de equipe às sextas-feiras à tarde e foram gravadas (áudio). As gravações serviram como banco de dados para a pesquisadora elaborar o relatório descritivo de cada oficina.

A primeira oficina (01) iniciou com educação permanente acerca da definição de território. A discussão ocorreu a partir de questões orientadoras (Apêndice A) e teve como objetivo definir o território e fazer o levantamento das características da comunidade. Estas questões foram revisitadas nas oficinas seguintes ao se trabalhar com cada microárea.

Foi realizada a delimitação da área e das microáreas em três mapas geográficos do território impressos (figura 4), um para cada equipe de trabalho liderada por uma ACS. A pesquisadora se dedicou a ler endereços limítrofes das MAs (documento obtido com as ACS após demanda da gestão municipal por atualização dos nomes das ruas da área em função de futuro processo seletivo) enquanto as ACS e demais membros das equipes, que se dividiram entre os 3 mapas,

iniciaram a construção dos mapas temáticos: com o auxílio de lápis de cor foram pintando os limites nos mapas (figura 5) além de definir o que seria importante ser representado nestes, levando em consideração as condições de saúde que compõe os indicadores de desempenho do programa de financiamento da APS (Previne Brasil e RBC/RS) tais como gestantes, hipertensos, diabéticos, menores de 2 anos, idosos e demais características do território (determinantes sociais da saúde-DSS) que a equipe julgou importante constar no mapa representativo do território. Os três mapas foram comparados entre si e as divergências foram resolvidas repetindo o processo e chegando a um acordo entre todos os membros da equipe, levando em consideração também, a opinião do profissional que melhor conhecesse a região a ser redefinida.



Figura 4 — Mapa geográfico do território da ESF 3 Macedo impresso.



Figura 5 — Mapas pintados com lápis de cor pela eSF- delimitação MA

Foi feita a caracterização do território e levantamento dos DSS daquela MA específica retomando os pontos discutidos na oficina 01 e estas informações foram distribuídas no mapa. Além disso foram feitas as correções necessárias nos mesmos (município com levantamento cadastral precário, não aparecendo todos os imóveis nos mapas obtidos).

Posteriormente foi apresentada a planilha dos dados obtidos a partir da atualização dos cadastros que contém as famílias, sua composição e situação de saúde (dados obtidos a partir da atualização cadastral no sistema de informações). Foi realizada a distribuição das famílias no mapa além de iniciada a caracterização destas famílias de acordo com os dados da planilha —situação de saúde e vulnerabilidades (Figura 8).



Figura 8 — Mapa MA 02 caracterizado pela eSF.

Após a pesquisadora apresentar a caracterização de MA pronta (figura 9), a equipe optou por imprimir os mapas com as casa e famílias (figura 10) e fazer a caracterização das famílias utilizando alfinetes e miçangas coloridas, pois foi a maneira eleita pela equipe como a mais fácil e prática de se fazer as atualizações necessárias conforme vem ocorrendo. Isto será realizado pelas ACS.

ação. Foi realizada a análise de conteúdo destes relatórios e utilizada a ferramenta frequência de palavras do software NVivo (Versão release1.7.1). Este programa auxilia na análise de material qualitativo, com diversas ferramentas ²⁴.

A análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa que possui as seguintes características metodológicas: objetividade, sistematização e inferência. Segundo Bardin ²⁵, ela representa um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens ²⁶.

4.9 Aspectos éticos – Este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e a coleta de dados só teve início após sua aprovação (Anexo A).

A base de dados secundários (ficha de cadastro individual e ficha de cadastro domiciliar e territorial) utilizadas na elaboração das planilhas, bem como o material produzido nas oficinas serão mantidos em segurança, respeitando os preceitos éticos. O município de Venâncio Aires forneceu Carta de Anuência em relação a realização do estudo, além da cedência dos dados necessários à execução do mesmo.

À população alvo do estudo foi garantido o direito à não participação, sigilo sobre as informações prestadas, normas de biossegurança, entre outros aspectos. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Eles também puderam retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem qualquer ônus ou prejuízo.

Além do Termo de Consentimento Livre e esclarecido os participantes assinaram o Termo de Autorização de uso da Imagem (Apêndice C), no qual o participante autorizou que sua imagem seja utilizada no meio acadêmico e publicações relacionadas à pesquisa.

Todas as informações fornecidas pelos participantes da pesquisa foram guardadas sob sigilo e foram anunciadas na exploração do estudo de forma não pessoal e anônima. Os dados foram utilizados somente para esta pesquisa e ficarão armazenados por pelo menos cinco anos, conforme Resolução 466/2012. ²⁷

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados iniciou com a organização e revisão do diário de campo da pesquisadora composto por impressões, trocas com outros profissionais redigidas durante todo o processo de trabalho, além dos dados obtidos das gravações das diferentes fases da pesquisa. Este foi escrito seguindo a ordem cronológica dos acontecimentos e das etapas. Após a organização, foi realizada a leitura inicial do diário de campo e destacadas no texto as informações apresentadas relacionadas aos objetivos da pesquisa. Posteriormente o diário de campo foi analisado com o auxílio do software NVivo utilizando a ferramenta frequência de palavras da seguinte forma: o conteúdo foi explorado sendo previamente delimitada a exibição das palavras mais frequentes com palavras derivadas e comprimento mínimo de 3 caracteres. Executou-se a consulta removendo-se as palavras impedidas do projeto (preposição e palavras que não tinham significado dentro do diário de pesquisa - tabela de resultados da consulta de frequência de palavras NVivo- Apêndice D). Este processo resultou nos seguintes elementos: nuvem de palavras (figura 11) e mapa de árvore (figura 12).

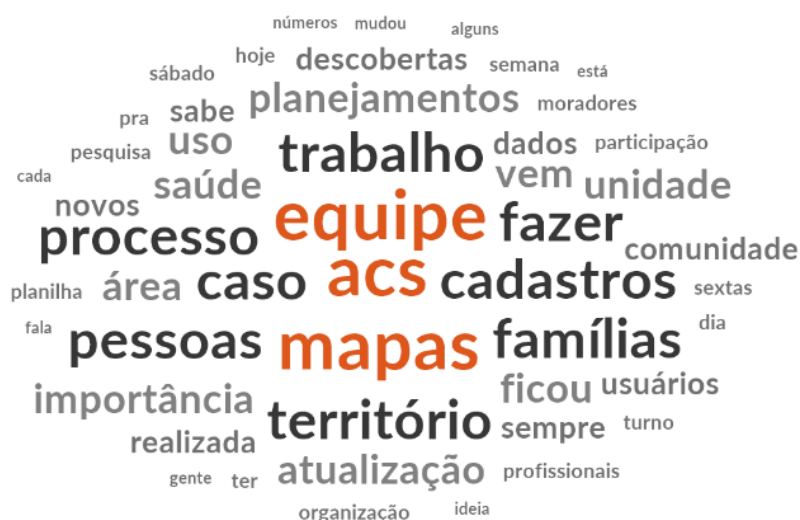


Figura 11 — Nuvem de palavras- NVivo.

acs	mapas	caso	fazer	área	unidade	comunidade	novos	realizada	sabe	usuários
		território	pessoas	planejamentos	uso	participação	profissional	semana	sextas	dia
	cadastros			ficou	dados	moradores	hoje	sábado	ter	turno
		processo	saúde			pesquisa	organização	fala	gente	ideia
equipe	trabalho			atualização	descobertas			alguns		
		famílias	vem	importância	sempre	planilha	pra	está	mudou	cada
								números		

Figura 12 — Mapa de árvore- NVivo.

Após a análise das palavras mais frequentes, bem como das informações destacadas, o diário de campo passou por nova leitura e as informações foram então, organizadas nos seguintes itens:

- 1- Território: conceito, caracterização, potencialidades, fragilidades;
- 2- Mapeamento participativo: dificuldades e facilidades
- 3- Potencial uso dos mapas.

5.1 Território

Ao se realizar o mapeamento participativo e a construção dos mapas inteligentes a eSF se apropria do seu território adstrito. Além de visitá-lo fisicamente por meio das visitas domiciliares (VDs) de atualização dos cadastros das famílias, o visualiza como um todo através do manuseio dos mapas. Os profissionais identificam pontos de referências, proximidades e distâncias entre as ruas e identifica determinantes sociais da saúde que devem ser levados em consideração na avaliação da situação de saúde das pessoas.

A equipe identifica o território como o local de atuação da eSF, onde as pessoas vivem e que está em constante mudanças.

É uma área demarcada que recebe o atendimento da ESF. (Profissional 1)

O espaço onde as pessoas convivem né, que tem ali as suas peculiaridades também né. (Profissional 2)

Se eu fizer um mapa, uma vez na vida e nunca mais mexer nele ele não estará representando o território. (Profissional 3)

A gente viu no nosso curso (Programa Saúde com Agente) que o território pode ser só a casinha, não é só tudo. É onde a gente trabalha. (Profissional 4)

Tá sempre mudando. Em uma semana a gente faz o cadastro, a pessoas tá bem. Na outra semana a gente pode ir lá e essa pessoa não estar bem, pode ter um acidente. (Profissional 2)

Como é importante a gente conhecer a realidade onde eles vivem né? Até o comportamento muda...na casa é de um jeito aqui na unidade é diferente. (Profissional 5)

Ao identificar que na saúde existem diversos significados para território, Gondim GMM et al¹¹, apontam que pensar em território como a área de abrangência das famílias adscritas a unidade básica possibilita captar dados demográfico, epidemiológicos e de condições de vida. Sendo assim não faz sentido pensar no território apenas com seus limites físicos¹⁰.

André A, Santos D, & Pekelman¹⁹ reforçam que a ideia de construção de mapas falantes vem do conceito ampliado de território, entendendo- como o espaço cotidiano, vivo, pulsante e em constante transformação.

A utilizar a categoria território é possível a operacionalização de diferentes situações no campo da saúde: localização espacial, compreensão e análise do processo saúde doença, elaboração de um diagnóstico da situação de saúde e condições de vida das pessoas, planejamento e alocação de recursos de acordo com a demanda da área e da população ¹¹.

No território adstrito sob responsabilidade da ESF 3 Macedo os profissionais identificaram as seguintes características as quais julgaram importante de ser representadas nos mapas: trata-se de uma área subdividida em 07 MA, estando 04 delas sem ACS. As MA são heterogêneas entre si e dentro de uma mesma MA também é possível observar diferenças. Neste território temos: EMEIS, escolas, mercados, igreja e comunidades católica e evangélica, oradeiras, casas de umbanda e quimbanda, cemitério, uma área de lazer, posto de saúde, uma ERS que atravessa a área da UFS (na verdade duas vias bem movimentadas no meio do território: ERS 453 e Salvador Stein Goulart- grande fluxo de veículos e caminhões), ruas não pavimentadas, recicladores, ciganos, empresas (fumageiras, metalúrgicas, confecções), agricultura e criação de animais (galinhas, porcos).

É bem diferente uma área da outra, extremos. (Profissional 6)

Lá na (cita número da MA) tem muita gente na mesma casa. (Profissional 2)

Dentro da mesma a gente vê coisas totalmente diferente, muda muito quando tem casa de aluguel. (Profissional 4)

Temos uma rodovia que atravessa a área, divide na verdade. E ruas não pavimentadas, que a gente acha que não tem mas ainda tem. (Profissional 1)

Os ciganos têm rodízio grande, a gente nunca sabe quem que tá ali. Eles usam mais pra pedi receita. (Profissional 7)

Tem umas fabricas ali, metalúrgica que dá de fundos que o pessoal reclama muito. Diz que perderam a qualidade de vida. Diz que dá umas fumaças, solta um cheiro horrível. (Profissional 4)

O pessoal planta fumo e vende pras fumageiras. Tem criação de galinha do lado do posto né? (Profissional 03)

Santos AL, Rigotto RM ⁷ traz que quando se pensa em território como um local delimitado pela atuação da ESF, pode-se pensar que o território possui determinadas características, natural ou elaboradas pelo homem que modificam o ambiente influenciando da saúde da população. É um lugar de responsabilidade e atuação compartilhada e o processo de territorialização, além de trabalhar a delimitação dos territórios, deve contemplar as dinâmicas existente no mesmo. É fundamental que a equipe de saúde responsável pelo território esteja atenta e capacitada para identificar e reconhecer os processos produtivos instalados, as relações com o meio ambiente, com a saúde dos trabalhadores e moradores. Bem como destes com o mundo.¹⁰

A equipe identifica como potencialidades do território a diversidade religiosa, a presença de espaços de educação popular em saúde, escolas com turno integral, diversidades de empresas que resultam em oportunidade de empregos para os moradores (embora a maioria trabalhe como safristas nas fumageiras) e a presença de área de lazer em uma MA, inaugurada recentemente, que a equipe percebe o quanto é aproveitada pela comunidade.

Eles têm um grupinho de futebol e um grupinho de vôlei. Daí tem as crianças que vêm para pracinha e os pais também sentam ali. Agora esses dias os pais estavam dizendo que falta banco ali. (Profissional 2)

Esses dias tinha umas pessoas limpando, capinando ali, acho que eram mães de alunos. (Profissional 12)

Eu gosto muito de falar assim do que a gente tem de educação popular. O que a gente tem que pode agregar no nosso trabalho. A gente tem oradeiras. Eu tenho também 2 igrejas evangélicas, aí tem uma casa de Umbanda e Quimbanda. Tudo isso agrega né?! Tem as missas, tudo reúne pessoas né. (Profissional 01)

Como fragilidades observadas, destaca-se a ausência de áreas de lazer em quase todas as MA, pontos de venda de drogas, vulnerabilidade social, presença de ruas não pavimentadas. A equipe aponta que a pavimentação mudou muito a vida das pessoas onde já aconteceu a mais tempo.

Área de lazer não tem quase nada. (Profissional 04)

Muitas pessoas questionam, muitas pessoas pedem. Na (nome do bairro) não tem nada nada nada de lazer. As crianças usam a estrada para jogar bola e coisa e tal. (Profissional 1)

Ponto de drogas tem ali, não dá pra negar. (Profissional 02)

Ah eu pra mim mudou a cultura das pessoas, mudou a saúde das pessoas, mudou o cuidado, o capricho! Por quê? Porque depois que veio a pavimentação as pessoas cuidam das suas casas, cuidam dos seus pátios, cercam. Eu pra mim melhorou um montão! Não dá pra dizer o jeito que era. Eu tinha foto, pra eu sair da (nome do bairro) eu tinha que botar 2 sacos plástico nos pés, entendeu? Era isso que o pessoal fazia. (Profissional 1)

Era aquele monte de sacola no asfalto. (Profissional 4)

Tinha surtos lembra? De bicho de pé, carrapato. E agora ali não aparece mais. (Profissional 7)

A baixa escolaridade da maioria dos moradores também é apontada como uma fragilidade. Alguns profissionais apontam a necessidade de trabalhar, como causadora da baixa escolaridade nos mais velhos. Já entre os jovens, percebem que falta estímulo por parte da família para que eles sigam os estudos.

Escolaridade é muito baixa... até a 4ª série. (Profissional 07)

Acima de 50 anos 4ª série, daí os outros talvez 1º grau. (Profissional 4)

O trabalho falava mais alto né, a necessidade e não tinha incentivo, sei lá. (Profissional 4)

Eu vi meu pai e minha mãe assim, meu irmão mais velho foi assim e eu vou seguindo....sabe? (Profissional 5)

Eu vejo eles (os jovens) muito sem esperança, não sei. (Profissional 4)

Geração NEM-NEM: nem estuda e nem trabalha. (Profissional 7)

Se tiver trabalhando tá bom, se não estudou é um detalhe. (Profissional 4)

Ainda em relação a população, a equipe a caracteriza como uma população com muitos problemas relacionados a saúde mental (categoria apontado na caracterização das famílias no mapa) e muitos usuários hipertensos (também é categoria apontada no mapa). Além disso, a equipe destaca a questão do uso incorreto das medicações e o fato dos usuários não assumirem o seu papel enquanto responsável no processo saúde doença (se reflete inclusive na falta de cuidados com receitas e encaminhamentos).

Tem muita gente que toma remédio! Eu acho que a saúde mental tá ganhando da pressão alta! (Profissional 1)

Como tem né...hipertenso, eu fiquei apavorado! (Profissional 11)

Além da questão alimentar, eles pecam muito no uso das medicações. Gente é cruel! Às vezes quando a gente questiona tá mas o que tu tá tomando? Eles não têm ideia. Consulta aqui, consulta ali e os remédios vão trocando, e eles não sabe, é triste. (Profissional 5)

Eu sou hipertensa. O meu problema é a médica quem tem que resolver porque ela tem que me dar o meu remédio. Eu não tenho que melhorar a minha alimentação, fazer atividade física. (Profissional 3)

Além da corresponsabilização pela sua saúde falta também com tudo que envolve sabe? É muito fácil chegar aqui e aí perdi minha receita...ai e eu quero pra ontem. Sabe?! A responsabilidade fica pro serviço de saúde sempre. (Profissional 5)

André A, Santos D, & Pekelman ¹⁹ orientam que os dados fundamentais para a elaboração do mapa falante dizem respeito a demografia, aspectos socioeconômicos e culturais, epidemiológicos, socioculturais e educacionais. Envolve um conhecimento do lugar como múltiplo tendo dois objetivos principais: primeiro (re), conhecer o território na sua heterogeneidade, fazendo sínteses e visando a uma compreensão reflexiva desse lugar; segundo, fazer planos para intervenção, seja para o entendimento, seja para ação em saúde nesse espaço/lugar. A equipe ao buscar entender a situação realidade do território levantou diversas informações (informações sobre as atividades sociais e econômicas existentes na comunidade, as categorias profissionais, as ocupações, as faixas salariais, a organização familiar, a existência de associações, de grupos culturais, políticos e religiosos e sobre a violência).

O trabalho de André A, Santos D, & Pekelman ¹⁹ destaca ainda que são importantes as informações sobre a situação de saúde do território, como indicadores de saúde, mortalidade por causas, a existência de trabalho com territórios de risco e sua epidemiologia na unidade de saúde, assim como as equipes de saúde e as unidades de saúde existentes no lugar/território. É importante identificar os recursos comunitários que atuam na promoção de saúde do lugar, como os agentes comunitários de saúde, as benzedeiras, os raizeiros, padres, pastores, entre outros, sem distinção. E que, entre os aspectos educacionais importantes para o trabalho, destacam-se o nível de escolaridade local, os indicadores escolares e as escolas locais e de referência. A maioria desses dados foram levantados pela equipe ao caracterizar a sua população adscrita.

Todas essas situações levantadas pela equipe estão relacionadas às necessidades que o setor saúde e, especificamente, o sistema de saúde tem de promover e proteger a saúde das populações, buscando estratégias e arranjos institucionais para vigiar, controlar e prevenir riscos e agravos à saúde, decorrentes das condições gerais da existência humana — da produção, da circulação e do consumo, manifestos nos espaços de vida das pessoas.¹¹ Fatores levantados pela equipe como diferenças entre as MA e comparação entre os lugares são questões que podem ser exploradas pelo tratamento cartográfico das informações como encontraram Borges R, Helena GI, & Ii R¹⁶ ao avaliar o uso de mapas em pesquisas na área de saúde do trabalhador.

5.2 Mapeamento participativo

O processo incluiu a atualização dos cadastros dos usuários e elaboração de mapas inteligentes do território. O planejamento inicial realizado junto à equipe, teve que ser revistado algumas vezes em função das dificuldades encontradas.

O afastamento da pesquisadora por motivo de doença acabou por atrasar a fase da atualização dos cadastros, pois sem uma liderança retomando o processo frente as dificuldades encontradas os profissionais acabaram desanimando.

É aquela coisa, tu também ficar retomando este assunto... bom tu voltar... porque a gente vai indo conforme as coisas vão surgindo. (Profissional 8)

No mesmo período vários processos foram iniciados: troca da equipe de enfermagem, retomada do acolhimento à demanda espontânea, início Rede Bem Cuidar com a entrada de novos profissionais na equipe, deixaram a equipe cansada e sem energia (desmotivada) para seguir com o planejamento inicialmente realizado.

Quem tocou mais foi os ACSs. Porque...deu um...um ficou doente, outro ficou doente, daí pega uns dias de chuva, e daí...assim, eu acho que de certa forma...vou te ser bem sincera...eu acho que a gente se atrapalhou no cansaço sabe? Porque o acolhimento deu meio que uma desorientada na gente assim sabe, parece que a gente ficou meio... tem umas semanas que é mais pesado...parece que a gente fica meio...de tarde eu ainda tô patinado com as coisas de manhã que ainda não raciocinei. Mas, as sextas que o que a gente poderia... a gente ficou mais trancada, porque nas quartas mesmo eu acabei indo, quando dava, com as ACS pra MA delas, pra fazer as visitas clínicas, do posto. Então acabou que a gente não...e daí já veio as avaliações multidimensionais, e daí já entra com outras demandas que vão vindo e a gente acaba se atrapalhando entendeu? É tudo meio atropelado ao mesmo tempo entendeu? (Profissional 8)

Além disso, demanda excessiva por atendimento, receitas e exames da unidade dificultou a saída dos profissionais clínicos da unidade.

O problema pra nós é que é complicado no sentido de...como é que eu vou abrir mão da agenda de pré-natal, como é que abre mão da agenda de CP, porque a gente não tem horário que a gente não tá fazendo nada. Com a função do acolhimento a (nome da profissional) perdeu os turnos pra receita e exames e tá muito volume, entendeu. Porque as pessoas não querem aguardar uma ou duas semanas. Então cada minuto que ela tá liberada, ela tá tentando dar conta daquilo ali que tá sucumbindo ela. Todo tempo ela tá tentando dá conta do que não tem fim, tu endende? Eu tô achando bem complicado. (Profissional 8)

Tá difícil sair da unidade quando é turno de VD, imagina sair mais um. (Profissional 5)

O período de chuvas e a dificuldade de encontrar as pessoas em casa, no horário de funcionamento da unidade, também contribuiu para que não fosse possível realizar a atualização dos cadastros de todos os domicílios nas MA descobertas dentro do cronograma da pesquisa. Mas o processo segue ocorrendo sob responsabilidade das ACS.

Tá faltando uma rua que teve muitas pessoas que a gente não encontrou. Tem essa questão do horário né. Os horários que a gente tá fazendo ali é o mesmo que eles tão trabalhando né. Acho que a gente tem que pensar nos sábados. (Profissional 2)

Tá indo, mas bem devagar. Eu fiquei doente e essas chuvas. (Profissional 04)

A gestão municipal, apesar de dar aceite para a realização da pesquisa e autorizar a troca de horas trabalhadas fora do horário habitual por folgas, não buscou se aproximar do trabalho que a equipe vinha desenvolvendo. Mesmo ciente da pesquisa em andamento, das diversas fases e importância das reuniões de equipe para a realização da pesquisa, cogitou em reduzir o período das reuniões (o que prejudicaria a realização da 4ª fase da pesquisa- oficinas) sendo necessário que os profissionais se posicionassem em relação a importância deste espaço para eSF. Além disso, por decisão da gestão municipal ocorreu troca de profissionais durante o andamento do processo, entre eles da coordenadora da unidade e não foi disponibilizado informações acerca dos endereços limites da área e MA quando solicitados pela pesquisadora (este material foi obtido posteriormente com as ACS). Esta postura de não envolvimento, orientação e monitoramento do que a equipe vem desenvolvendo é percebida pela mesma não só em relação à pesquisa.

É muita coisa sendo organizada e a gente não tem apoio. (Profissional 3)

Eu tive que ligar e falar, só deixaram aqui (1 turno para reunião de equipe) porque tem a Rede Bem Cuidar e em outra unidade por causa da residência. (Profissional 7)

Parece que eles não se preocupam. (Profissional 4)

Parece que a gente tá preocupado em organizar né? E eles não. Porque essas coisas já começou há muito tempo em outras cidades. Essas coisas que a gente começou a fazer agora, quando a enfermeira liberou o cadweb ali pra gente fazer, isso já acontecia há muito tempo e nós começamos agora! (Profissional 2)

Não tendo reclamação pra eles é o que importa. Atendendo e não tendo reclamação tá bom, se tá fazendo certo, registrando certo, não estão nem aí. (Profissional 5)

Como facilidades do processo de mapeamento participativo podemos destacar: a enfermeira coordenadora da equipe e das ACS ter apoiado a atuação nas MA descobertas, entender e expor pra equipe que o processo é importante e faz parte das atribuições dos da equipe tranquilizou as ACS em relação a reduzir o número de visitas nas MA sob sua responsabilidade.

Mas eu não vejo problema, entende? Porque é cadastro! Então se a gente enquanto equipe entender que... bom.... que a gente vai ceder alguns turnos momentaneamente pra fazer um mutirão e terminar as microáreas

descobertas... Eu não vejo isso como: ah retirou a ACS dali! É um período entendeu, então pra mim ok. Eu como enfermeira pra mim ok.

Pessoal, uma coisa é a pesquisa, o trabalho da Lauana, outra coisa é o que a gente tem que fazer enquanto equipe. O trabalho vem disparar, organizando, mas isso segue. A gente tem que saber quem está nas casas, qualificar os cadastros nos sistemas, corrigir os erros, validar os cadastros não válidos.

A atuação das ACS assumindo a liderança na atualização cadastral nas MA descobertas. Elas são identificadas como referência pelos usuários mesmo trabalhando fora da MA de sua responsabilidade durante a realização das vistas. Demonstraram ainda, conhecimento do território e seus limites facilitando a confecção dos mapas. Além disso atuaram com as principais informantes na caracterização do território.

Eu acho que precisa ,mais de um turno...sei lá, 2/ 3 dias. Não me importo se seguir assim eu e a (nome de outra profissional). Ta funcionando a gente termina nessa e vai pra outra, já tínhamos falado nisso. Não tem problema. (Profissional 01)

Eu não me importe de seguir fazendo sozinha. (Profissional 04)

Mas isso (limites das MA) a gente tem, não te preocupa que a gente tem, tem os cadernos. (Profissional 01)

ACS podem tocar mais pela flexibilidade em relação a agenda. (Profissional 08)

No primeiro dia que saímos para as VDs, percebi que a ACS já conhecia área. Os pacientes sabem quem ela é, mesmo ela trabalhando na outra MA. É outra coisa eles abrirem a porta. (Profissional 08)

Outros trabalhos ^{2, 12} ao apresentarem suas experiências, também apontam o papel determinante do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na territorialização, considerando-o um elo entre a comunidade e os componentes do sistema de saúde.

Ter profissionais da unidade (além dos ACSs) moradores do território auxiliando no reconhecimento das áreas sem ACS facilitou a realização das visitas e também confecção dos mapas.

Cadê a (nome profissional moradora da área)? Ela vai saber achar onde é isso. (Profissional 01)

As pessoas me conhecem né, eu moro lá, então é mais fácil, não me importo de ir sozinha lá. (Profissional 04)

A receptividade dos moradores aos profissionais de saúde. A equipe destacou o quanto a ausência do profissional ACS é sentida nas MAs descobertas. E que ao realizarem as visitas para atualização dos cadastros e orientarem sobre o funcionamento da unidade foi possível perceber que várias pessoas não buscavam a USF por não conhecer o seu funcionamento.

As pessoas querem conversar, tirar dúvidas sobre o funcionamento do posto. (Profissional 01)

A gente percebeu isso né, a gente até comentou isso aqui... a maioria das pessoas que a gente tá indo não sabe como tá aqui, como vir aqui consultar. Como que tá o funcionamento, o que quem tem de grupo, como tá pra agendar consulta, todas essas coisas assim. Então é bem importante eu acho. Eles perguntam muito essa coisa do a gente de saúde, se vai ter, como faz falta. (Profissional 02)

A (nome da ACS que atuava na área anteriormente) deixou bastante saudade lá. Eles sempre tão perguntando se vai ter (ACS), se não vai ter. (Profissional 04)

Tem vindo mais pessoas que faziam mais tempo que não consultavam, elas têm acessado mais o acolhimento, tipo: ah as gurias tiveram lá em casa, e daí eu vim...acabei vindo no posto e tal. (Profissional 08)

Isto contribui para que os profissionais entendessem a importância da realização do mapeamento participativo nestas MA e possíveis impactos na melhoria do processo de trabalho da equipe.

Os turnos semanais de reunião de equipe também foi um facilitador do mapeamento participativo. Pois possibilitou que todos os profissionais pudessem participar do planejamento, avaliação e replanejamento das ações e das oficinas, momento no qual, mesmo quem não saiu para realização das VDs, pode se debruçar sobre os mapas e se apropriar mais do território.

Legal ver assim né. A gente se situa. Muito legal esse trabalho. (Profissional 11)

Assim como Goldstein RA et al.² neste trabalho também foram realizadas oficinas com a equipe para elaboração de mapas do território. O mapeamento participativo surge como uma alternativa para o maior envolvimento da equipe no processo de territorialização³. Sendo um processo de aproximação entre território e equipe, construindo e (re)construindo o vínculo dos profissionais com o lugar⁷. De acordo com Santos AL, Rigotto RM.⁷ a ampliação do olhar dos profissionais da Atenção Básica à Saúde sobre o território é um ponto de partida e ação estratégica para superar os limites práticos do modelo de atenção convencional e adequar as ações de saúde a cada realidade.

Pessoa VM et al.¹³ apontam que as técnicas participativas para definir a percepção geográfica de espaço servem para compartilhar os conhecimentos gerados de maneira conjunta sobre cada região, permitindo agregar novas informações que muitas vezes não estão presentes nas bases de dados oficiais. O mapeamento participativo, necessita de uma etapa de problematização crítica da realidade, no processo de leitura e interpretação dos mapas¹¹. Este processo de problematização da realidade foi realizado enquanto a equipe fazia a caracterização do território, além de apontar as estruturas presente no território refletia sobre o que elas representavam para o território e para as pessoas que nele vivem, aprofundando a compreensão dos processos que ocorrem ali.

A proposta de territorialização aqui apresentada, assim como no trabalho realizado por Santos AL, Rigotto RM ⁷, demanda muito mais tempo da equipe e o envolvimento de todos os seus profissionais sendo considerado sempre como em construção, afim acompanhar a dinamicidade dos territórios.

Goldstein RA et al. ² apontam que o mapeamento de forma participativa, refere-se amplamente a qualquer método utilizado para obter e registrar dados espaciais em parceria com os atores sociais, que tanto no estudo citado como neste são os membros de equipes da ESF. Sendo assim, o mapeamento não inclui apenas um conjunto de ferramentas de visualização de dados, mas um processo participativo que envolve os desenvolvedores/ usuários dos mapas, desde a coleta e sistematização de informação até a confecção destes mapas para auxiliar o processo decisório, processo este que também aconteceu na equipe ESF 3 Macedo. O mapeamento participativo desvelou as percepções, sedimentou conhecimentos, propiciou a redescoberta do território ¹³.

Levando em consideração que a atenção primária deve adequar a oferta de serviços de saúde aos territórios, reconhecendo suas necessidades e os determinantes sociais da saúde presentes no mesmo, a elaboração e a interpretação de mapas pelas equipes da ESF é um processo de comunicação gráfica, que leva em consideração o entendimento dos profissionais de saúde sobre seu território de atuação ².

Ao avaliar todo o processo dificuldades e facilidades encontradas na realização do mapeamento participativo identificou-se que, assim como apontado por Budal AMB ¹², ao propor a construção de um mapa inteligente como instrumento de territorialização na atenção primária, o desafio que se segue é de que a equipe, além de se reunir para discutir sobre as informações retratadas no mapa, seja capaz de analisar o território buscando uma melhor compreensão sobre o espaço de vida, os determinantes e os condicionantes ambientais e sociais de saúde, e a influência destes na incidência e desdobramentos dos agravos de saúde da população.

5.3 Potencial uso dos mapas

A partir da apresentação dos mapas inteligentes do território a equipe discute os potenciais usos destes mapas.

Além da localização geográfica e ver se o paciente pertence ou não a área adstrita ou qual MA, os mapas são apontados como instrumentos para a atualização dos cadastro (definidas a periodicidade de atualizações dos mapas, se atualiza também os cadastros), facilitadores na identificação e localização dos prioridades/ pacientes prioritários, auxiliares na

organização da assistência (principalmente nas MA sem ACS- onde os casos não aparecem - busca ativa), colaborando também na eleição dos pacientes para visita domiciliar e/ ou acompanhamento domiciliar, auxiliando na reorganização das VDs dos profissionais da equipe, bem como ajudando na organização das ações relacionadas ao Previne Brasil e Rede Bem Cuidar.

Nossa atendente identifica mais rápido de qual área é o paciente. (Profissional 01)

É importante pra se achar, se localizar. Ver se o paciente pertence a área. (Profissional 9)

Organiza o trabalho. (Profissional 11)

Na verdade, acho q vai direcionar o trabalho né? Para a gente poder saber onde estão as pessoas, as prioridades. Ver o público elegível pras visitas domiciliares pra que de fato elas tenham eficácia. (Profissional 5)

Nas descobertas vai ajudar muito, porque os nossos a gente tá sempre trazendo, mas onde não tem ACS a gente tá esquecendo, fazendo de conta que não existem. (Profissional 4)

Ajuda nas ações da Rede Bem Cuidar né? A gente tem que fazer um plano de assistência domiciliar, nos ajuda a achar os idosos e organizar melhor as saídas. Priorizar as prioridades...acamado, domiciliado, hipertenso, diabético e tal. (Profissional 3)

Determina as ações. Em cima dos dados a gente vai planejando as metas, a forma que a gente vai conduzir o trabalho. (Profissional 10)

Assim como no trabalho realizado por Pessoa VM et al.¹³ o mapeamento participativo desvelou as percepções, sedimentou conhecimentos, propiciou a redescoberta do território. Na experiência dos autores citados anteriormente¹² ocorreu a realização de um plano de ação, na experiência aqui apresentada levantou-se os potenciais usos dos mapas.

De acordo com potencial uso dos mapas, foram definidas as localizações de cada um deles. O mapa grande de todo o território adstrito apresentando as ruas e MA delimitadas ficou exposto na recepção-localização geográfica (Figura 13). Já os mapas de cada MA com caracterização das famílias do território adstrito (figuras 14) ficam na sala de reunião de equipe, visando facilitar a atualização conforme os cadastros vão sendo atualizados e proporcionando maior facilidade de análise e planejamentos.

Eu acho que estar na frente é estrategicamente interessante. Até pro usuário se dar conta da extensão. (Profissional 10)

Acho que é importante tá lá na frente, não sei se os alfinetes em si. Se é hipertenso, se é diabético naquela casa, não sei de tem necessidade. (Profissional 4)

Lá na frente o que mais eu olho é a rua. (Profissional 9)

Acho bem legal ter um mapão lá na frente. (Profissional 1)

Até para as gurias irem atualizando nas suas MA, fica mais fácil estando aqui no fundo. (Profissional 3)

Para que a ESF possa alcançar os seus objetivos é necessário utilizar de ferramentas que possibilitem às equipes planejarem melhor as suas atividades¹⁸.

O uso dos mapas inteligentes do território como ferramenta de planejamento das ações em saúde levantado pela equipe da ESF 3 Macedo é apontado como objetivo principal de um estudo que utiliza a planta como alternativa cartográfica na construção dos mapas inteligentes das microáreas ¹⁸.

Assim como no trabalho realizado por Goldstein RA et al. ², partiu-se do princípio de que, ao levar em consideração apenas os recortes do território e à quantidade de população para o desenvolvimento da territorialização sem nenhuma proposta de classificação ou identificação destes territórios, por ações ou problemas de saúde limita a eficácia da atuação das equipes da ESF. Sendo assim buscou-se construir mapas da área e microáreas da equipe de saúde da família com estas informações e estimular o uso do mesmo como instrumento auxiliar da organização do processo de trabalho, inclusive nas áreas descobertas a quais acabam sendo áreas de vazios assistenciais.

Durante a construção do mapa foi possível compartilhar diversas visões sobre o território. O mapeamento participativo pode ser entendido como um momento de análise aproximação e compreensão da realidade pelos atores locais¹⁹, no caso deste trabalho, a equipe de saúde da família. A partir daí, os mapas inteligentes são entendidos pela equipe, como uma ferramenta que facilita o reconhecimento das condições de vida e situação de saúde de uma determinada população, possibilitando que a equipe organize a atenção que o território e sua população demanda, identificando vulnerabilidades, e problemas prioritários nos quais a equipe pode intervir, auxiliando na construção de ambientes saudáveis¹¹.

Na construção de um mapa inteligente Budal AMB et al ¹² também utilizaram legendas na qual os nomes dos agravos de saúde mais prevalentes nas áreas e as situações sociais relevantes se associavam a símbolos e cores que os identificariam no mapa. Além das condições mais prevalentes, este trabalho levou em consideração as situações de saúde avaliadas nos indicadores relacionados ao Previne Brasil e Rede Bem cuidar RS.

O potencial uso do mapa está de acordo com o que encontraram Budal AMB et al ¹² que, a partir do reconhecimento do território, iniciaram o desenvolvimento de ações e projetos frente aos diagnósticos levantados e também definiram visitas domiciliares a ser realizadas.

A equipe decidiu a localização e quais elementos cada mapa deveria conter a partir do seu uso pelos diversos atores dentro da eSF. Borges R, Helena GI, & Ii R¹⁶ também apontam que o nível de precisão e detalhamento de um mapa depende do foco/ objetivo da análise.

O mapa sendo utilizado como maneira de demonstrar o território de abrangência da unidade e a divisão deste território entre os ACSs, bem como a localização deste tipo de mapa na recepção da unidade também foi encontrada por Borges R, Helena GI, & Ii R¹⁶ ao avaliarem o tratamento cartográfico da informação em saúde do trabalhador.

A opção da equipe por utilizar alfinetes e miçangas para caracterizar as famílias buscou simplificar e possibilitar que todos possam atualizar este instrumento a qualquer tempo. Concordamos com Borges R, Helena GI, & Ii R¹⁶ quando afirmam que a simplificação é um componente fundamental do método cartográfico e não invalida o seu valor caso promova um maior envolvimento da equipe no diagnóstico e monitoramento das diversas situações presentes no território.

Araújo GR, Jesus RPS¹⁸ ao avaliarem a planta como alternativa cartográfica na construção de mapas inteligentes, trazem que o estímulo e a motivação transmitidos às equipes de uma USF através dos resultados obtidos na construção de um mapa inteligente de uma MA certamente convergirão para a construção nas demais micro-áreas da unidade. Ao se apresentar os mapas inteligentes do território da ESF 3 Macedo pode-se perceber o mesmo estímulo e motivação para seguir o processo de mapeamento participativo nas MA onde a atualização cadastral não foi finalizada.

Assim como ocorreu no estudo realizado por Budal AMB¹², buscou se utilizar mapas reais com bairros, ruas, quadras, lotes e casas do território visando retratar a realidade da melhor maneira possível e com a maior riqueza de detalhes.

A equipe ao representar o território em mapas acaba por apropriar-se dele pois a construção de mapas do território é precedida de coleta e seleção de informações. O mapa não pode ser considerado como meramente descritivo, mas sim como instrumento de análise, interpretação, comunicação e construção de cenários².

A visualização da realidade dos usuários em seu território leva os profissionais a compreender fragilidades e potencialidades do território, situação de saúde, e os instrumentaliza para o planejamento e implantação de ações estratégicas e resolutivas¹².

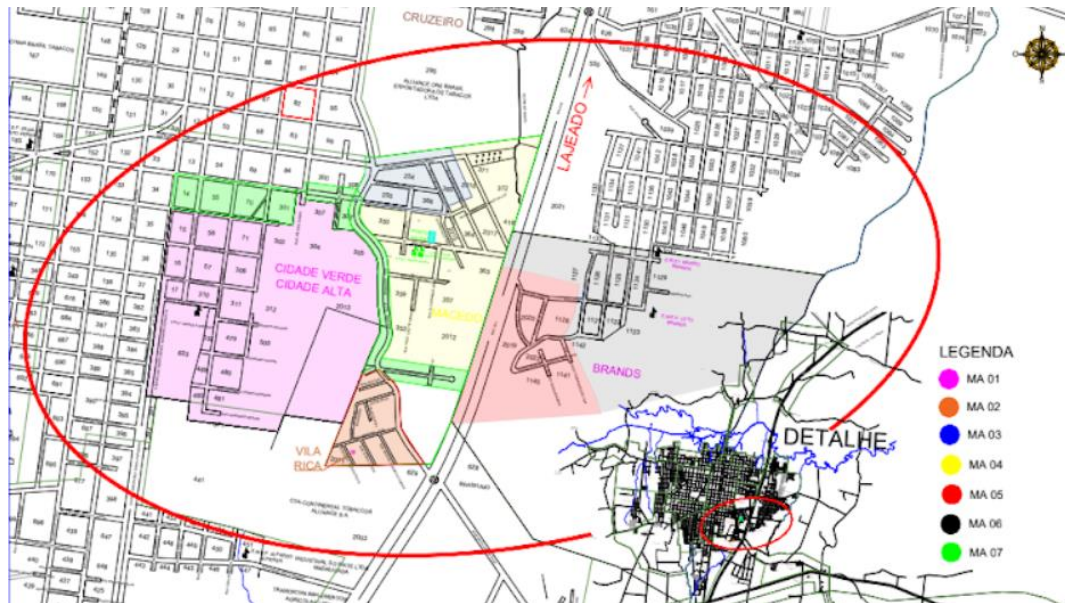


Figura 13 — Mapa exposto na recepção da unidade ESF 3 Macedo.



Figura 14 — Mapas MA 02 com casas e famílias expostos da sala de reuniões da ESF 3 Macedo.

6 LIMITAÇÕES

Este trabalho apresentou algumas limitações, entre elas a opção por utilizar mapas cedidos pelo setor de engenharia da prefeitura (formato PDF e DWG). Como o município não tem todo levantamento cadastral realizado, os mapas tiveram que ser atualizados e editados utilizando softwares de imagem por satélite e de desenho digital. Isto exigiu uma pessoa com habilidade no manuseio destes softwares. No entanto, optou-se por utilizar estes mapas impressos para que toda a equipe pudesse manusear os mapas e todas as características levantadas (endereços, famílias, caracterização destas e do território) pudessem ser visualizadas ao mesmo tempo, sem preocupar-se com aplicação de camadas, ou aberturas de pontos como em algumas outras ferramentas de mapeamento disponíveis, que poderiam levar a exclusão de profissionais com maior dificuldade de lidar com as ferramentas digitais.

Além disso, a ausência do profissional ACS em algumas microáreas e falta de tempo hábil para finalizar a atualização dos cadastros nestas MA dentro do cronograma da pesquisa do mestrado resultou em mapas com menor número de detalhes, o que pode ter resultado em mapas que não representem de fato a realidade nestes territórios.

O afastamento da pesquisadora por motivos de saúde durante etapa de atualização dos cadastros também contribuiu para o atraso e consequente não finalização desta etapa nas MA descobertas.

7 PRODUTO DO MESTRADO: Mapeamento participativo e mapas inteligentes do território

– Como Fazer?

7.1 Descrição do produto

Este produto trata-se de um roteiro para realização de oficinas que visam auxiliar as equipes de Saúde da Família (eSF) a confeccionar e/ou atualizar os mapas do seu território através de um processo de mapeamento participativo envolvendo a equipe como um todo e elaborando mapas inteligente que possam melhor representar o território adstrito e suas peculiaridades para que a eSF possa, a partir da apropriação do seu território planejar e propor ações levando em consideração as necessidades das pessoas que nele habitam.

7.2 Justificativa

Os territórios subsidiam a atuação na Atenção Primária à Saúde e são destinados a dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica.¹

Considerando que a equipe deve conhecer o território sob sua responsabilidade e, a partir deste, programar suas ações levando em consideração o perfil e as necessidades da comunidade, o mapeamento do território a partir de uma metodologia participativa surge como uma alternativa para possibilitar maior envolvimento da equipe no processo de territorialização. Desta forma o desenvolvimento de um roteiro para produção dos mapas inteligentes apresenta-se como uma estratégia de apoio à gestão local.

7.3 Objetivo das oficinas: elaborar de forma participativa uma ferramenta de apoio a organização do processo de trabalho de uma eSF a partir do seu território adstrito.

7.4 Metodologia

1º — Identificação da realidade (a ser realizada em reunião de equipe): Qual é área adstrita a eSF? Em quantas microáreas (MA) está dividida? Todas MA tem Agente Comunitário de Saúde (ACS)? Qual situação dos cadastros- atualizados ou desatualizados?

2º — Atualização dos cadastros- se necessário- levar em consideração a atualização cartão SUS dos usuários- evitar cadastros não válidos e/ou duplicados;

3º — Planejamento da atualização dos cadastros (a ser realizado em reunião de equipe) -divisão de responsabilidades: quem faz as visitas domiciliares (VDs) e preenche as fichas(rua) e quem faz a parte administrativa (atualiza no sistema).

4º — Obtenção de mapas geográficos do território e limites deste território;

5º — Delimitação das aéreas e MA do território adstrito-(a ser realizada em reunião de equipe) eSF identifica no mapa físico as características do território e o que é importante que apareça nos mapas para que de fato representem o território- caracterização do território, visão da equipe sobre este;

6º — A partir da decisão da equipe do que se julga importante aparecer no mapa inteligente: Obtenção de planilha com os dados das famílias coletados no passo 2;

7º — Mapa de cada MA individual- caracterização da MA (mais detalhada-maior riqueza de detalhes), distribuição e caracterização das famílias segundo o que foi planejado no passo 6;

8º — Definir potenciais usos do mapa inteligente como ferramenta de gestão do processo de trabalho da equipe;

9º — A partir do passo 8 definir melhor localização do mapa na unidade - onde será exposto;

10º — Definir periodicidade de atualização dos mapas inteligentes do território.

7.5 Recursos necessários: Tempo disponível para equipe reunir-se, sala que comporte os profissionais da equipe, fichas de cadastros caso necessária atualização dos mesmos, computador para informar dados no sistema de informação, cadernos e lápis/caneta para registros, mesas onde os profissionais possam abrir os mapas e melhor visualizá-los, mapas do território adstrito a USF, limites do território adstrito, lápis/canetas coloridas para possibilitar que os profissionais desenhem nos mapas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fica evidente ao propor e acompanhar o mapeamento participativo em uma equipe de saúde da família o protagonismo do profissional Agente Comunitário de Saúde na relação Território e Unidade de Saúde- ele é o elo, o principal informante na caracterização do território. Apesar da territorialização e cadastramento dos usuários ser atribuição de todos os profissionais na Atenção Primária à Saúde, o Agente Comunitário de Saúde tem no seu dia a dia esta ação, tem como seu local de atuação o território, as ruas, a casa das pessoas.

A equipe, ao desenvolver os mapas inteligentes, teve que se debruçar sobre o território, levantando e identificando os limites do mesmo, os determinantes sociais da saúde presentes e os dados das pessoas que nele habitam. Isto possibilitou que a equipe de saúde da família se apropriasse das características do seu território adstrito, bem como de sua população, tendo nos mapas uma representação da realidade encontrada, que pode facilmente ser revisitada a cada planejamento, o que permite um alinhamento entre as demandas do território/ população adscrita com ações ofertadas pelo serviço de saúde.

Sendo assim, é interessante avaliar o uso dos mapas inteligentes como uma ferramenta auxiliar de gestão do processo de trabalho da equipe de Saúde da Família ao longo do tempo, no dia a dia, para que se possa verificar se os potenciais usos dos mapas levantados neste estudo se confirmam ou novas possibilidades surgem para replicação em outras regiões do Brasil.

Em um segundo momento, a apresentação dos mapas aos usuários e o envolvimento destes na caracterização do território pode trazer novos elementos que aumentariam a representatividade dos mapas em relação a realidade.

A pesquisa realizada, bem como seus resultados e produto será divulgada localmente em reunião de equipe, com a gestão municipal e junto ao Conselho Municipal de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 22 set.
2. Goldstein RA, Barcellos C, Magalhães M de AFM, Gracie R, Viacava F. A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2013, v. 18, n. 1 [Acessado 1 Novembro 2021] , pp. 45-56. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100006>>. Epub 02 Abr 2013. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100006>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União* 2019; 13 nov
4. Rio Grande do Sul. Atos do Governador. Decreto número 56.062, de 29 de agosto de 2021. Institui Rede Bem Cuidar RS, dentro do componente estratégico de incentivo à qualificação da Atenção Primária à Saúde do Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde - PIAPS - no Sistema Único de Saúde - SUS. *Caderno do Governo (DOE) do Rio Grande do Sul* 2021; 21 ago.
5. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.222, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. *Diário Oficial da União* 2019; 11 dez.
6. Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Conheça a Rede Bem Cuidar RS [Internet]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/conheca-a-rbcrs> . Acesso em 09 de jan. 2022.
7. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações de produção, trabalho ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *TrabEduc Saúde*. 2011;8(3):387-406.
8. Dias EC, Rigotto RM, Augusto LGS, Cancio J, HoefeMGL. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidade e desafios. *Cien Saude Colet* 2009; 14(6):2061-2070.
9. Pessoa VM, Rigotto RM, Teixeira ACA, PinheiroTMM. As novas necessidades de saúde nos territórios dos sertanejos do baixo Vale do Jaguaribe-Ce e os desafios à política pública de saúde. In: Rigotto organizadora. *Agrotóxicos, trabalho e saúde*. Fortaleza: Edições UFC; 2011. p. 549-583
10. Santos M & Silveira ML. *O Brasil — Território e Sociedade no Início do Século XXI*. Rio de Janeiro: Record. 2001

11. Gondim GMM, Monken M, Rojas LI, Barcellos C, Peiter P, Gracie R. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2008.
12. Budal AMB, Mazza VA, Buffon M da CM, Ditterich RG, Joczowski M, & Plucheg V. (2020). Construção de novo modelo de mapa inteligente como instrumento de territorialização na atenção primária. *Revista baiana de saúde pública*, 42(4), 727–740. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2018.v42.n4.a2503>
13. Pessoa VM, Rigotto RM, Carneiro FF, Teixeira AC de A. et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2013, v. 18, n. 8 [Acessado 1 Novembro 2021], pp. 2253-2262. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800009>>. Epub 02 Abr 2013. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800009>.
14. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: MS; 2006.
15. Costa Neto MM. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica – PSF, Caderno 1. Brasília: MS; 2000.
16. Borges R, Helena GI, & Ii R. (2010). O tratamento cartográfico da informação em saúde do trabalhador Mapping of information on worker's health. In *Rev Bras Epidemiol* (Vol. 13, Issue 4).
17. Lacerda JT, Botelho LJ, Colussi CF. Planejamento na Atenção Básica. Eixo II: O Trabalho na Atenção Básica. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1167> (acessado em 30/10/2021).
18. Araújo GR, Jesus RPS. A planta utilizada como alternativa cartográfica na construção de mapas inteligentes. Faculdade Integrada de Pernambuco -FACIP2017 Disponível em <http://openrit.grupotiradentes.com:8080/xmlui/handle/set/1797> (acessado em 30/10/2021).
19. André A, Santos D, & Pekelman R. A ESCOLA, O TERRITÓRIO E O LUGAR - A PROMOÇÃO DE ESPAÇOS DE SAÚDE. OKARA: Geografia em debate, v.1, n.2, p. 3-11, 2008.
20. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 16a Edição. São Paulo: Cortez; 2008
21. Pessoa VM, Rigotto RM, Arruda CAM, Machado M de FAZ, Bezerra M das GV. Pesquisa-ação: proposição metodológica para o planejamento das ações nos serviços de atenção primária no contexto da saúde ambiental e da saúde do trabalhador. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2013, v. 17, n. 45 [Acessado 1 Novembro 2021], pp. 301-314. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000004>>. Epub 14 Jun 2013. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000004>.

22. Município de Venâncio Aires [Internet]. Disponível em : <https://www.venancioaires.rs.gov.br/index.xhtml>. Acesso em 16 de mar. de 2023.
23. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Disponível em : <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/venancio-aires.html>. Acesso em 16 de mar. de 2023.
24. Guizzo BS, Krziminski CO, Oliveira DLLC. O Software QSR NVIVO 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para pesquisa em ciências humanas e da saúde. Ver Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2003 abr; 24(1):53-60.
25. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edição 70, 2016, 229p.
26. GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Org.). Métodos de Pesquisa. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009. 120 p. (Educação a Distância).
27. Brasil. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.

APÊNDICE A — Questões orientadoras das oficinas

Questões orientadoras das oficinas

- a) Qual a principal característica do território?
- b) Quais potencialidades podem ser observadas no território?
- c) Quais fragilidades podem ser observadas no território?
- d) Que aspectos chamam atenção em relação à cultura, saúde, educação, economia na comunidade?

APÊNDICE B — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Projeto: O território como instrumento para planejamento das ações na APS: percurso metodológico

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **O território como instrumento para planejamento das ações na APS: percurso metodológico** sob a responsabilidade das pesquisadoras Mônica Maria Celestina de Oliveira, Marta Quintanilha Gomes e Lauana Borges Pedroso, vinculadas à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Essa pesquisa tem por objetivo desenvolver os mapas inteligentes do território (área e microáreas), propondo utilizá-los como uma ferramenta de gestão do processo de trabalho da equipe de Saúde da Família.

Caso você concorde em participar deste estudo é necessário que participe das reuniões e oficinas colaborando na discussão acerca do tema. O tempo estimado de cada reunião e oficina é de 2 horas. As reuniões e oficinas serão gravadas e as gravações servirão apenas como banco de dados para que a pesquisadora elabore os relatórios descritivos da pesquisa. Os riscos que você está exposto(a) ao participar desta pesquisa incluem possíveis constrangimentos que você possa sentir ao participar das oficinas e o de quebra de sigilo. Para minimizar este risco, a sua participação neste estudo será mantida em caráter confidencial, bem como todas as informações coletadas. Os dados serão armazenados em um computador e codificados e seu nome não aparecerá em nenhuma publicação, apresentação ou documento. Como esse estudo foi revisado e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) escolhido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) você tem garantia de que a pesquisa está sendo realizada sob rigorosos princípios científicos e éticos. De todo o modo, caso ocorra qualquer que seja o dano decorrente da sua participação no estudo, estão assegurados a você o direito a indenizações e cobertura material para reparação do dano, conforme determina a Resolução CNS nº 466 de 2012. Ressalta-se ainda que você tem o direito à assistência integral gratuita caso ocorram danos diretos e/ou indiretos e imediatos e/ou tardios decorrentes da sua participação no estudo, pelo tempo que for necessário.

Os benefícios que você terá em participar desta pesquisa inclui o retorno social para as equipes de saúde da família por meio da maior apropriação da equipes acerca do território contribuindo na qualificação processo de trabalho.

A sua participação neste estudo é voluntária. Caso aceite participar, você poderá retirar-se do estudo em qualquer momento, sem prejuízo a você e com validade a partir da data da comunicação da decisão. Para isto, você deve fazer esta solicitação via e-mail.

Caso você tenha novas perguntas sobre o estudo, você poderá contatar a Profa. Dra. Mônica Maria Celestina de Oliveira na UFCSPA, no telefone (51) 9 85099534, ou pelo e-mail monica@ufcspa.edu.br. Para qualquer pergunta sobre os seus direitos como participante deste estudo, ou se pensares que foi prejudicada(o) pela sua participação, é possível procurar a mestrandia Lauana Borges Pedroso, no telefone (55) 9 84236849, ou pelo e-mail lauana.pedroso@ufcspa.edu.br, e/ou o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – CEP UFCSPA, no seguinte endereço: Rua Sarmento Leite, 245, sala 510, ou pelo telefone (51) 33038804, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h, em qualquer tempo.

Este documento (TCLE) será assinado caso você aceite participar da pesquisa.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante

APÊNCIDE C — Termo de autorização do uso de imagem

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Eu, _____,
inscrito no CPF sob nº _____, AUTORIZO o uso de minha imagem em fotos sem finalidade comercial, para ser utilizada no meio acadêmico e publicações científicas relacionadas à pesquisa **O território como instrumento para planejamento das ações na APS:** percurso metodológico, sob a responsabilidade das pesquisadoras Mônica Maria Celestina de Oliveira, Marta Quintanilha Gomes e Lauana Borges Pedroso, vinculadas à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro.

Assinatura

Venâncio Aires, ____ de _____ de 2022.

APÊNDICE D — Tabela de resultados consulta de frequência de palavras NVivo

	A	B	C	D	E
1	Palavra	Extensão	Contagem	Percentual ponderado (%)	Palavras similares
2	acs	3	121	003	acs
3	equipe	6	59	001	equipe
4	mapas	5	56	001	mapa, mapas
5	cadastros	9	41	001	cadastrada, cadastramento, cadastro, cadastros
6	trabalho	8	40	001	trabalha, trabalhadores, trabalhados, trabalham, trabalhando, trabalhar, trabalharão, trabalhava, trabalho, trabalhos, trabalhoso
7	caso	4	39	001	casa, casas, caso
8	território	10	37	001	território, territórios
9	processo	8	35	001	processo, processos
10	famílias	8	34	001	família, famílias
11	fazer	5	30	001	faz, fazem, fazendo, fazer, faziam
12	peessoas	7	30	001	peessoas
13	saúde	5	26	001	saúde
14	vem	3	25	001	vem
15	área	4	24	001	área
16	planejamentos	13	23	001	planejado, planejamento, planejamentos, planejando
17	ficou	5	21	000	fica, ficam, ficando, ficará, ficaram, ficaria, ficou
18	atualização	11	20	000	atualização
19	importância	11	20	000	importância
20	unidade	7	20	000	unidade
21	uso	3	20	000	uso
22	dados	5	19	000	dados
23	descobertas	11	18	000	descoberta, descobertas

24	sempre	6	18	000	sempre
25	comunidade	10	17	000	comunica, comunidade
26	novos	5	17	000	nova, novamente, novas, novo, novos
27	realizada	9	17	000	realização, realizada, realizadas, realizado, realizados, realizando, realizar
28	sabe	4	17	000	sabe, sabem, sabendo, saber, sabia, sabiam
29	usuários	8	17	000	usuários
30	participação	12	16	000	participa, participação, participações, participar, participaram, participarem, participou
31	moradores	9	16	000	morador, moradora, moradoras, moradores
32	pesquisa	8	16	000	pesquisa, pesquisadora
33	planilha	8	16	000	planilha, planilhas
34	profissionais	13	16	000	profissionais
35	semana	6	16	000	semana
36	sextas	6	16	000	sexta, sextas
37	dia	3	15	000	dia
38	hoje	4	15	000	hoje
39	organização	11	15	000	organização, organizadora
40	pra	3	15	000	pra
41	sábado	6	15	000	sábado, sábados
42	ter	3	15	000	ter, teria
43	turno	5	15	000	turno, turnos
44	fala	4	14	000	fala, falado, falando, falar
45	alguns	6	14	000	alguns
46	está	4	14	000	está
47	gente	5	14	000	gente
48	ideia	5	14	000	ideia
49	mudou	5	14	000	muda, mudam, mudando, mudar, mudem, mudou
50	números	7	14	000	número, números
51	cada	4	13	000	cada

ANEXO A — Parecer de aprovação no CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O território como instrumento para planejamento das ações na APS: percurso metodológico

Pesquisador: Mônica Maria Celestina de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55482322.3.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.287.085

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas neste campo foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMACOES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1889364, DE 14/02/2022).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desenvolver os mapas inteligentes do território (área e microáreas), propondo utilizá-los como uma ferramenta de gestão do processo de trabalho da equipe de Saúde da Família.

Objetivo Secundário:

Definir o conceito de 'território vivo' com os sujeitos (equipe de Saúde da Família);

Levantar dados do território de abrangência da ESF através do mapeamento participativo;

Organizar o processo de trabalho da ESF a partir do território.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Os riscos ao participar desta pesquisa incluem possíveis constrangimentos ao participar das oficinas e o de quebra de sigilo. Para minimizar este risco, a participação neste estudo será mantida em caráter confidencial, bem como todas as informações coletadas. Os dados serão

Endereço: Rua Sarmiento Leite, 245, prédio 03, sala 605

Bairro: Sarmiento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 5.287.085

armazenados em um computador e codificados o nome do participante não aparecerá em nenhuma publicação, apresentação ou documento. Como esse estudo será revisado e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) escolhido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) tem garantia de que a pesquisa está sendo realizada sob rigorosos princípios científicos e éticos. De todo o modo, caso ocorra qualquer que seja o dano decorrente da participação no estudo, estão assegurados o direito a indenizações e cobertura material para reparação do dano, conforme determina a Resolução CNS nº 466 de 2012. Ressalta-se ainda o direito à assistência integral gratuita caso ocorram danos diretos e/ou indiretos e imediatos e/ou tardios decorrentes da participação no estudo, pelo tempo que for necessário.

Benefícios

Retorno social para as equipes de saúde da família por meio da maior apropriação da equipes acerca do território contribuindo na qualificação processo de trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme Informações Básicas do projeto na PB, trata-se de projeto do Mestrado Profissional em Saúde da Família, para obtenção do título de Mestre. O projeto será desenvolvido em uma Estratégia de Saúde da Família no município de Venâncio Aires. Onze profissionais compõem o grupo de intervenção (oficinas e reuniões). A coleta de dados será realizada em 4 fases. Na primeira fase será feita a apresentação da pesquisa aos participantes do estudo, bem como a validação do planejamento com os mesmos. Na segunda fase será realizado um mutirão para atualizar os cadastros das famílias e reconhecimento do território adstrito à ESF 3 Macedo. Na terceira fase a pesquisadora organizará uma planilha para cada microárea com os dados das famílias do território adstrito à ESF 3 Macedo e obterá os mapas atualizados do território da ESF. Já na quarta fase, de posse das planilhas contendo informações das famílias e dos mapas do território, serão realizadas oficinas com os profissionais da ESF3 Macedo. Estas oficinas têm como objetivo a definição do território em mapas atualizados e levantamento das características da comunidade.

As oficinas serão gravadas (áudio), estas gravações servirão como banco de dados para a pesquisadora elaborar o relatório descritivo de cada fase da pesquisa-ação e será realizada a análise de conteúdo destes relatórios com o auxílio do software NVivo 2.0.

A coleta de dados será de março a julho de 2022.

Endereço: Rua Sarmiento Leite, 245, prédio 03, sala 605
 Bairro: Sarmiento CEP: 90.050-170
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3303-8804 E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 5.287.085

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios estão apresentados de forma adequada.

Entrega dos relatórios parcial em 08/2022 e final em 02/2023.

Recomendações:

Vide Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

TCLE:

a) Na frase "Caso você concorde em participar deste estudo é necessário que participe das reuniões e oficinas... O tempo estimado de cada oficina é de 2 horas." Não fica claro qual o tempo para as reuniões. Caso a mesma ocorra juntamente com a oficina, isso deve ficar claro para o participante.

RESPOSTA: O tempo estimado das reuniões também é de 2 horas. As reuniões são os encontros ocorridos entre os participantes na 1ª e 2ª fases da pesquisa. Já na 4ª fase ocorrerão as oficinas. Ficando a redação no TCLE da seguinte forma: "Caso você concorde em participar deste estudo é necessário que participe das reuniões e oficinas colaborando na discussão acerca do tema. O tempo estimado de cada reunião e oficina é de 2 horas."

ANÁLISE: Atendida.

b) O telefone disponível (33038776) deve ser de fácil atendimento ao participante. Com a situação pandêmica, várias instituições estão trabalhando virtualmente. Caso o telefone indicado no TCLE for comercial, os pesquisadores devem garantir que terá alguém para atendê-lo, bem como inserir no TCLE o horário de atendimento. Caso não for possível garantir este atendimento telefônico, recomenda-se incluir o telefone celular dos pesquisadores.

RESPOSTA: Foi feita alteração no TCLE do telefone de contato da pesquisadora responsável bem como adicionado o telefone celular da pesquisadora mestranda. Ficando a redação no TCLE da seguinte forma: "Caso você tenha novas perguntas sobre o estudo, você poderá contatar a Profa. Dra. Mônica Maria Celestina de Oliveira na UFCSPA, no telefone (51) 9 85099534, ou pelo e-mail monica@ufcspa.edu.br. Para qualquer pergunta sobre os seus direitos como participante deste estudo, ou se pensares que foi prejudicada(o) pela sua participação, é possível procurar a mestranda Lauana Borges Pedrosa, no telefone (55) 9 84236849, ou pelo e-mail lauana.pedrosa@ufcspa.edu.br..."

ANÁLISE: Atendida.

Endereço: Rua Sarmiento Leite, 245, prédio 03, sala 605
 Bairro: Sarmiento CEP: 90.050-170
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3303-8804 E-mail: cep@ufcspa.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE**



Continuação do Parecer: 5.287.085

c) Inserir o telefone da mestranda.

ANÁLISE: Foi inserido o telefone celular da mestranda no TCLE. Ficando a redação no TCLE conforme descrito acima.

RESPOSTA: Atendida.

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar o(s) relatório(s) - parciais e final - da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001/12, item XI.2.d.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1889364.pdf	14/02/2022 19:39:21		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pos_parecer_CEP.pdf	14/02/2022 19:31:29	Lauana Borges Pedroso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado_pos_parecer_CEP.docx	14/02/2022 19:30:52	Lauana Borges Pedroso	Aceito
Outros	Carta_Resposta_CEP.pdf	14/02/2022 19:28:57	Lauana Borges Pedroso	Aceito
Outros	termo_de_anuencia.pdf	31/01/2022 10:09:33	Lauana Borges Pedroso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	28/01/2022 14:20:53	Lauana Borges Pedroso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.docx	28/01/2022 14:20:27	Lauana Borges Pedroso	Aceito
Outros	Termo_compromisso_entrega_relatorio_semestral_final.pdf	28/01/2022 13:28:42	Lauana Borges Pedroso	Aceito
Outros	tcud.pdf	27/01/2022 22:17:01	Lauana Borges Pedroso	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	27/01/2022 21:52:46	Lauana Borges Pedroso	Aceito

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03, sala 605
 Bairro: Sarmiento CEP: 90.050-170
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3303-8804 E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 5.287.085

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 11 de Março de 2022

Assinado por:

Fernanda Bordignon Nunes
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03, sala 605

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

ANEXO B — Ficha cadastro domiciliar e territorial

 CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL		DIGITADO POR:	DATA:
		CONFERIDO:	FOLHA:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	____-____	_____	_____	____/____/____

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA		MUNICÍPIO*	UF*
CEP*:			
BAIRRO*:	TIPO DE LOGRADOURO*:	NOME DO LOGRADOURO*:	
NÚMERO*:	COMPLEMENTO:	PTO. REFERÊNCIA:	MICROÁREA* ____ FA

TIPO DE IMÓVEL*	TELEFONES PARA CONTATO
____	TEL. RESIDÊNCIA: () _____
	TEL. CONTATO: () _____

CONDIÇÕES DE MORADIA	
SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*	LOCALIZAÇÃO*
☐ Próprio ☐ Financiado ☐ Alugado ☐ Arrendado ☐ Cedido ☐ Ocupação ☐ Situação de Rua ☐ Outra	☐ Urbana ☐ Rural

TIPO DE DOMICÍLIO	EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra
☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Cômodo ☐ Outro	☐ Proprietário ☐ Parceiro(a)/Meeiro(a) ☐ Assentado(a) ☐ Posseiro ☐ Arrendatário(a) ☐ Comodatário(a) ☐ Beneficiário(a) do Banco da Terra ☐ Não se aplica

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO	MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO
☐ Pavimento ☐ Chão Batido ☐ Fluvial ☐ Outro	Alvenaria/Tijolo: ☐ Com Revestimento ☐ Sem Revestimento Taipa: ☐ Com Revestimento ☐ Sem Revestimento Outros: ☐ Madeira Aparelhada ☐ Palha ☐ Material Aproveitado ☐ Outro Material

ABASTECIMENTO DE ÁGUA	ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO
☐ Rede Encanada até o Domicílio ☐ Poço/Nascente no Domicílio ☐ Cisterna ☐ Carro Pipa ☐ Outro	☐ Filtrada ☐ Fervida ☐ Clorada ☐ Mineral ☐ Sem Tratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO	DESTINO DO LIXO
☐ Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial ☐ Fossa Séptica ☐ Fossa Rudimentar ☐ Direto para um Rio, Lago ou Mar ☐ Céu Aberto ☐ Outra Forma	☐ Coletado ☐ Queimado/Enterrado ☐ Céu Aberto ☐ Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?	
☐ Sim ☐ Não	QUAL(IS)? ☐ Gato ☐ Cachorro ☐ Pássaro ☐ Outros Quantos: _____

FAMÍLIAS	Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
		_____	____/____/____	④⑤①②③④⑤	____	____/____/____	☐
		_____	____/____/____	④⑤①②③④⑤	____	____/____/____	☐
		_____	____/____/____	④⑤①②③④⑤	____	____/____/____	☐
		_____	____/____/____	④⑤①②③④⑤	____	____/____/____	☐

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde. _____ Assinatura

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA:	
Existem outros profissionais de saúde vinculados à instituição (não inclui profissionais da rede pública de saúde)? ☐ Sim ☐ Não	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA	
NOME:	CNS DO RESPONSÁVEL:
CARGO NA INSTITUIÇÃO:	TEL. CONTATO:

TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA
Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, responsável técnico pela instituição, recuso este cadastro, mesmo que essa recusa dificulte o acompanhamento da saúde das pessoas abrigadas/residentes nesta instituição. Estou ciente de que esta recusa não implicará o não atendimento pela equipe de saúde.

Assinatura

Legenda: ☐ Opção de múltipla escolha ☐ Opção de única escolha (marcar X na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

Tipo de Imóvel: 01 Domicílio, 02 Comércio, 03 Terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

*Campo obrigatório

**Campo com obrigatoriedade condicional

ANEXO C — Ficha cadastro individual

e-SUS Atenção Básica	CADASTRO INDIVIDUAL		DIGITADO POR:	DATA: / /
			CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	MICROÁREA	DATA*: / /
-----------------------------------	--------------------	--------------------	-----------	------------

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO	
Nº DO CARTÃO SUS	RESPONSÁVEL FAMILIAR É o responsável? ☐ Sim ☐ Não Nº DO CARTÃO SUS DATA DE NASCIMENTO: / /
NOME COMPLETO*: _____	
NOME SOCIAL: _____ DATA DE NASCIMENTO*: / /	
SEXO: ☐ Masculino ☐ Feminino	RAÇA / COR: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena Nº NIS (PIS/PASEP): _____
NOME COMPLETO DA MÃE*: _____ ☐ Desconhecido	
NACIONALIDADE: ☐ Brasileira ☐ Naturalizado ☐ Estrangeiro	PAÍS DE NASCIMENTO: _____ TELEFONE CELULAR: () _____
MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:** _____ E-MAIL: _____	

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS	
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR ☐ Cônjuge / Companheiro(a) ☐ Filho(a) ☐ Entead(a) ☐ Neto(a) / Bisneto(a) ☐ Pai / Mãe ☐ Sogro(a) ☐ Irmão / Irmã ☐ Genro / Nora ☐ Outro parente ☐ Não parente	Ocupação: _____
FREQÜENTA ESCOLA OU CRECHE? ☐ Sim ☐ Não	
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU? ☐ Creche ☐ Pré-escola (exceto CA) ☐ Classe Alfabetizada - CA ☐ Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries ☐ Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Fundamental Especial ☐ Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª) ☐ Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 9ª) ☐ Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc) ☐ Ensino Médio Especial ☐ Ensino Médio EJA (Supletivo) ☐ Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado ☐ Alfabetização para Adultos (Mobral, etc) ☐ Nenhum	SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO ☐ Empregador ☐ Assalariado com carteira de trabalho ☐ Assalariado sem carteira de trabalho ☐ Autônomo com previdência social ☐ Autônomo sem previdência social ☐ Aposentado/Pensionista ☐ Desempregado ☐ Não trabalha ☐ Outro
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? ☐ Adulto Responsável ☐ Outra(s) Criança(s) ☐ Adolescente ☐ Sozinha ☐ Creche ☐ Outro	
FREQÜENTA CUIDADOR TRADICIONAL? ☐ Sim ☐ Não	PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? ☐ Sim ☐ Não POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? ☐ Sim ☐ Não
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, QUAL?	
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, QUAL? ☐ Heterossexual ☐ Lésbica ☐ Travesti ☐ Outro ☐ Gay ☐ Bissexual ☐ Transsexual	TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, QUAL(is)? ☐ Auditiva ☐ Intelectual/Cognitiva ☐ Outra ☐ Visual ☐ Física
SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO: ☐ Óbito ☐ Mudança de território	

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA	
Eu, _____ portador do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará no não atendimento na unidade de saúde.	
_____ Assinatura	

QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? ☐ Sim ☐ Não		
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? ☐ Abaixo do Peso ☐ Peso Adequado ☐ Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA / NO PULMÃO? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** ☐ Asma ☐ DPOC/Enfisema ☐ Outro ☐ Não Sabe
ESTÁ FUMANTE? ☐ Sim ☐ Não		ESTÁ COM HANSENIASE? ☐ Sim ☐ Não
FAZ USO DE ÁLCOOL? ☐ Sim ☐ Não		ESTÁ COM TUBERCULOSE? ☐ Sim ☐ Não
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? ☐ Sim ☐ Não		TEM OU TEVE CÂNCER? ☐ Sim ☐ Não
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? ☐ Sim ☐ Não		TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? ☐ Sim ☐ Não
TEM DIABETES? ☐ Sim ☐ Não		SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____
TEVE AVC / DERRAME? ☐ Sim ☐ Não		FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM PSIQUIATRA OU TEVE INTERNAÇÃO POR PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL? ☐ Sim ☐ Não
TEVE INFARTO? ☐ Sim ☐ Não		ESTÁ ACAMADO? ☐ Sim ☐ Não
TEM DOENÇA CARDÍACA / DO CORAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não		ESTÁ DOMICILIADO? ☐ Sim ☐ Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** ☐ Insuficiência Cardíaca ☐ Outro ☐ Não Sabe		USA PLANTAS MEDICINAIS? ☐ Sim ☐ Não
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? ☐ Sim ☐ Não		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS): _____
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** ☐ Insuficiência Renal ☐ Outro ☐ Não Sabe		USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? ☐ Sim ☐ Não
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE _____		
1 - QUAL? _____ 2 - QUAL? _____ 3 - QUAL? _____		

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA		É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? ☐ Sim ☐ Não
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* ☐ Sim ☐ Não		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS): _____
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? _____		
☐ < 6 meses ☐ 6 a 12 meses ☐ 1 a 5 anos ☐ > 5 anos		VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? ☐ Sim ☐ Não
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? ☐ Sim ☐ Não		SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? ☐ Sim ☐ Não		TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL? ☐ Sim ☐ Não
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? _____		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** ☐ Banho ☐ Acesso ao Sanitário ☐ Higiene Bucal ☐ Outros
☐ 1 vez ☐ 2 ou 3 vezes ☐ mais de 3 vezes		
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? _____		
☐ Restaurante Popular ☐ Doação Restaurante ☐ Outros		
☐ Doação Grupo Religioso ☐ Doação de Popular		

Legenda: ☐ Opção Múltipla de Escolha ☐ Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

* Campo Obrigatório

** Campo obrigatório condicionado a pergunta anterior