

**LABORATÓRIO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS**

**ORGANIZAÇÃO DOS  
MACROPROCESSOS BÁSICOS DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

---

**OFICINA 1**

**GERENCIAMENTO POR  
PROCESSOS E  
TERRITORIALIZAÇÃO**

---

**SANTO ANTÔNIO DO MONTE - Junho, 2013**

- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÔNIO DO MONTE
- CONASS – CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE
- OPAS – ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE

# **1. OBJETIVOS**

---

Esta oficina tem como objetivo geral compartilhar uma metodologia para que os participantes consigam desenvolver os seguintes objetivos específicos:

- Compreender os fundamentos sobre gerenciamento por processos: justificativa, conceito, classificação dos processos, interação dos processos, instrumentos e monitoramento.
- Validar o Macroprocesso da Atenção Primária à Saúde no município.
- Compreender os fundamentos sobre territorialização: conceito, tipos de território, passos para a operacionalização.
- Conhecer a proposta de territorialização para o município.
- Definir os territórios sanitários das Unidades Básicas de Saúde.

# **2. PRODUTOS**

---

Ao final do período de dispersão desta oficina, a equipe da SMS deverá desenvolver os seguintes produtos:

- Macroprocesso da Atenção Primária a Saúde validado.
- Mapa dá área de abrangência das UBS's, localizando 100% das microáreas e identificando 100% dos aspectos geográficos, ambientais e sociais, elaborado.

### **3. PROGRAMAÇÃO**

---

Esta oficina tem uma carga horária de 8 horas e conta com atividades educacionais: exposições dialogadas, trabalhos em grupo e atividades em plenário.

PRIMEIRO DIA		
TEMPO	ATIVIDADE	TEMA
8h30 – 8h45	Recepção	
8h45 – 9h	Exposição	Objetivos da Oficina
9h – 10h15	Exposição	O Gerenciamento por Processos
10h15 – 10h30	Intervalo	
10h30 – 11h30	Trabalho em Grupo	Estudo Dirigido: O Macroprocesso Atenção Primária à Saúde
11h30 – 12h	Plenário	Relato dos Grupos
ALMOÇO		
14h00 – 14h45	Exposição	A territorialização
14h45 – 15h45	Exposição	A territorialização no município
15h45 – 16h	Intervalo	
16h00 – 17h	Trabalho em Grupo	O roteiro para a territorialização
17h00 – 17h45	Plenário	O período de dispersão: tutoria e produtos
17h45 – 18h	Plenário	Avaliação

## **4. ROTEIRO DAS ATIVIDADES**

---

### **4.1 ABERTURA**

#### **Objetivos:**

- Saudar os participantes.
- Apresentar os objetivos da oficina.
- Orientar quanto à programação e metodologia da oficina.
- Pactuar os compromissos com os participantes.

### **4.2 EXPOSIÇÃO: O GERENCIAMENTO POR PROCESSOS**

Esta atividade tem como objetivo compreender os fundamentos que orientam o gerenciamento por processos: justificativa, conceito, classificação dos processos, interação dos processos, instrumentos e monitoramento.

#### **4.2.1 TEXTO DE APOIO**

##### **O GERENCIAMENTO POR PROCESSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE<sup>1</sup>**

Falar de processo não é uma novidade. Nas últimas décadas, vários autores definiram o seu conceito, mas a ideia central é que “processo só é processo se agraga valor ao cliente”.

No sistema de saúde, o cliente corresponde a um cidadão que tem necessidade em saúde e requer uma resposta organizada e de qualidade por parte dos

---

<sup>1</sup> Texto elaborado por Marco Antônio Bragança de Matos, 2013.

serviços e profissionais. Portanto, falar de organização de processos implica, antes de tudo, em colocar o foco no usuário.

Para a Fundação Nacional da Qualidade - FNQ, processo é um conjunto de atividades preestabelecidas que, ao serem executadas numa sequência determinada, levam a um resultado esperado que assegure o atendimento das necessidades e expectativas dos clientes e outras partes interessadas.

Outros diferentes enfoques ajudam a definir o conceito de processo:

- Simplesmente o modo como uma organização realiza seu trabalho: a série de atividades que executa para atingir um dado objetivo, para um dado cliente (Netto, 2006).
- Qualquer atividade que recebe uma entrada (*input*), agrega valor a ela e gera uma saída (*output*) para o cliente (Harrington, 1993).
- Utilizam os recursos da organização para oferecer resultados objetivos aos seus clientes (Gonçalves, 2000).
- É repetido de maneira recorrente dentro da organização (Salermo, 1999).
- Eles sempre existiram, porém, em um estado fragmentado, sem nome, sem dono e muitas vezes sem gerência, pois os colaboradores envolvidos não tinham consciência da existência dos processos pelo fato de estarem concentrados apenas nas atividades de rotina do dia a dia.

A importância do gerenciamento de processos vem da gestão da qualidade. E já se demonstrou fundamental para que sejam desenvolvidos programas de qualidade na atenção primária à saúde.

No livro *O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde*, Mendes (2012) repropõe o Modelo de Melhoria baseado no ciclo de melhoria contínua do PDSA (ou PDCA).

O conceito de melhoria está relacionado a características como: mais rápido, mais fácil, mais eficiente, mais efetivo, mais barato, mais seguro etc. A melhoria acontece quando altera a maneira como o trabalho ou a atividade é feita, produz diferenças visíveis e positivas nos resultados e têm um impacto significativo ao

longo do tempo. Essas mudanças necessárias não ocorrem a menos que alguém tome a iniciativa.

“O Modelo de Melhoria está associado a um conceito importante de microssistemas clínicos que são definidos como um pequeno grupo de pessoas que trabalham juntas, de forma regular, para prover cuidados e indivíduos que recebem esses cuidados. Esse microssistema clínico é o lugar de encontro entre profissionais de saúde, pessoas usuárias e suas famílias.”

Uma equipe da ESF constitui um microssistema clínico. Nela, o *input* (entrada do processo) são pessoas com necessidades, que são atendidas por uma equipe de saúde por meio de processos clínicos, sendo o *output* (saída do processo) pessoas com necessidades atendidas.

### **A classificação dos processos**

Os processos podem ser classificados, de acordo com o seu propósito, em finalísticos, de apoio ou gerenciais.

Os processos finalísticos ou primários se referem às atividades-fim da organização, ou seja, geram os produtos ou serviços finais, beneficiando diretamente os usuários. São aqueles que contribuem diretamente para a criação de valor, respondendo às necessidades e expectativas das partes interessadas.

Exemplos de processos finalísticos na APS: cadastramento, imunização, farmácia clínica, estratificação de risco e atenção às condições crônicas, ações de vigilância em saúde, entre outros.

Os processos de apoio são aqueles que dão suporte aos processos finalísticos, gerenciando todos os recursos requeridos por eles.

Exemplos de processos de apoio na APS: apoio diagnóstico, assistência farmacêutica, suprimentos e estoque, transporte sanitário, higiene e limpeza, entre outros.

Os processos gerenciais ou estratégicos estão relacionados com o gerenciamento da organização, medindo, monitorando e controlando as atividades desenvolvidas e garantindo o atingimento das metas operacionais, financeiras, reguladoras e legais.

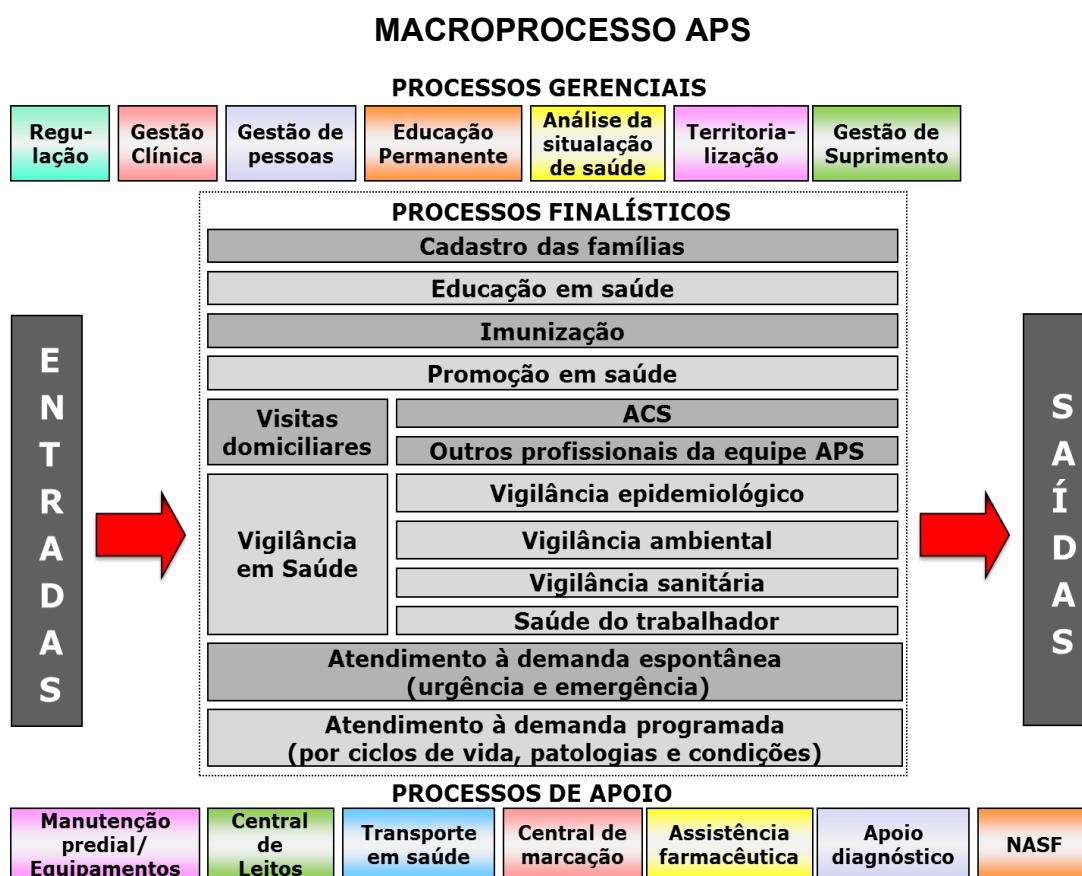
Exemplos de processos gerenciais na APS: territorialização, prontuário clínico, gestão de pessoas, gestão da qualidade, planejamento local, monitoramento e avaliação, entre outros.

## O macroprocesso

O conjunto dos processos finalísticos, de apoio e gerenciais constitui o macroprocesso da organização e são estabelecidos de acordo com o perfil, a missão e as diretrizes organizacionais.

Para que ocorra o desenvolvimento do macroprocesso, não basta a somatória dos efeitos dos seus processos. É necessária a interação entre eles, o que pressupõe uma integração entre os diversos setores e uma corresponsabilização pelo resultado global.

A figura abaixo representa o macroprocesso da APS.



## O gerenciamento por processos

“Quando uma organização não gerencia seus processos, opera de forma reativa”.

Para ter sucesso, o gerenciamento por processos deve cumprir alguns princípios:

(i) conhecer o cliente (usuário) de cada processo e suas necessidades, traduzindo-as em requisitos para produtos que agreguem valor; (ii) gerir os processos no dia-a-dia, monitorando, avaliando e corrigindo os seus desvios e (iii) promover um aprendizado constante, com vistas a melhorar continuamente o desempenho dos processos.

O PDCA (ou PDSA) é um método para a prática do gerenciamento. É um ciclo de melhoria contínua, desenvolvido por Walter A. Shewhart na década de 20 e amplamente difundido por Deming nos anos 50, fato pelo qual passou a ser conhecido como “Ciclo de Deming”. É uma técnica simples que visa o controle dos processos, podendo ser usado de forma contínua para o gerenciamento das atividades de uma organização.

Compõe-se de um conjunto de ações numa sequência dada pela ordem estabelecida pelas letras que compõem a sigla:

P	<i>plan</i> : planejar	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ter claros os objetivos da organização (visão, missão e objetivos estratégicos) e os processos a serem gerenciados.</li><li>• Realizar a análise situacional, identificando problemas e suas causas.</li><li>• Definir as metas a serem alcançadas</li><li>• Planejar as ações</li><li>• Poderão ser utilizados: Fluxograma de Processos e a Matriz de Processos 5W2H</li></ul>
D	<i>do</i> : fazer, executar.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fazer com que todos se sintam envolvidos, comprometidos e motivados: liderança.</li><li>• Divulgar e difundir o plano entre todos os colaboradores: comunicação</li><li>• Capacitar os profissionais para a mudança: desenvolver competências de conhecimento, habilidade e atitude.</li><li>• Executar as tarefas exatamente como foi previsto na etapa de planejamento</li><li>• Estabelecer normas e rotinas</li><li>• Mobilizar e aplicar os recursos (humanos, materiais, entre outros) da organização.</li><li>• Documentar problemas e soluções e iniciar a análise dos dados</li></ul>

<b>C</b>	<i>check:</i> verificar, checar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar se o executado está conforme o planejado, ou seja, se a meta foi alcançada, dentro do método definido.</li> <li>• Identificar os desvios na meta ou no método</li> <li>• Requer um sistema de medição, com indicadores de resultados do processo e de verificação das atividades prioritárias.</li> <li>• Originalmente, corresponde ao S do PDSA: <i>study</i> – estudar, completar a análise dos dados, comparar os dados com as previsões, sintetizar o aprendizado.</li> </ul>
<b>A</b>	<i>act ou action:</i> agir, atuar corretivamente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso sejam identificados desvios, é necessário definir e implementar soluções que eliminem as suas causas.</li> <li>• Caso não sejam identificados desvios, é possível realizar um trabalho preventivo, identificando quais os desvios são passíveis de ocorrer no futuro, suas causas, soluções etc.</li> </ul>

A finalização de cada ciclo do PDCA leva, imediatamente, ao início de um novo ciclo pela equipe que está conduzindo as mudanças que deve responder a questões como: O que funcionou e o que não funcionou? O que deve ser introduzido, o que deve ser mudado e o que deve ser descartado? (Mendes, 2012)

### **Os instrumentos de normalização dos processos**

Existem alguns instrumentos de normalização que podem ser aplicados no ciclo de melhoria contínua do PDCA: os fluxogramas de processos, a matriz de processos e o procedimento operacional padrão.

A definição de processo remete a um conjunto de atividades ou tarefas ordenadas, interligadas e sucessivas, com início e término definidos. Essa sequência pode ser representada graficamente no **fluxograma de processo**.

Fluxograma é uma técnica de representação gráfica que se utiliza de símbolos previamente convencionados, permitindo a descrição clara e precisa do fluxo ou sequência de um processo, bem como sua análise e redesenho. (Fryman, 2001).

O fluxograma deve descrever o processo como ele realmente funciona, as

atividades que são realizadas e a sequência da execução. Deverá ser construído por aqueles que conhecem como o processo funciona no dia-a-dia.

Os principais símbolos do fluxograma de decisão são descritos abaixo:

SÍMBOLOS	SIGNIFICADO
	Início do processo
	Atividade, tarefa ou ação
	Decisão
	Sentido ou direção do fluxo
	Fim do processo

As atividades descritas no fluxograma de processos deverão ser mapeadas na **Matriz de Gerenciamento do Processo**, que possibilita o planejamento do que deve ser feito em cada atividade, a distribuição de responsabilidades e o monitoramento do processo.

MATRIZ DE GERENCIAMENTO DO PROCESSO					Identificação: Elaboração: Revisão:
Processo:					Versão:
O Que	Quem	Quando	Onde	Como (procedimento)	
Produtos					
Resultado Esperado					

<b>Indicadores</b>			
<b>Ciclo de Aprovação</b>			
Ciclo	Elaboração	Revisão	Validação
Nome			
Cargo			

Para cada processo indicado no cabeçalho, responder às perguntas:

- O que? Qual atividade deve ser executada para alcançar o resultado do processo? As atividades relacionadas nessa coluna devem corresponder àquelas descritas no fluxograma do processo.
- Quem? Identifica nominalmente o responsável pela realização da atividade.
- Quando? Indica o momento ou periodicidade da execução da atividade.
- Onde? Indica o local onde a atividade deve ser realizada.
- Como? Indica quais os procedimentos ou documentos de referência (apenas os códigos) necessários para a realização de cada uma das atividades.

Em seguida, definir o produto que deve ser entregue ao final do processo, o resultado esperado para o processo e os indicadores que serão utilizados no sistema de medição.

Nesse modelo, depois da definição do fluxo e do sistema gerencial do processo, devem ser avaliados os pontos críticos (de risco) identificados no processo e estabelecidas as barreiras propostas para o gerenciamento desses pontos de risco.

Sempre que uma atividade for considerada crítica, ela deve ser padronizada com o objetivo de reduzir os riscos e a variabilidade dos pontos críticos. O **Procedimento Operacional Padrão – POP** é um dos instrumentos que podem ser utilizados para a padronização.

No ciclo de melhoria contínua, o gestor do processo deve avaliar continuamente os riscos para o cumprimento do processo e identificar onde eles ocorrem, ou

seja, identificar as atividades críticas: aquelas em que, se houver um pequeno erro, a qualidade do produto será fortemente afetada, ou as atividades relacionadas a erros recorrentes, acidentes, retrabalho, aumento no custo operacional, reclamações de usuários ou outro fatores.

Segundo Falconi (2004) “o padrão é o instrumento que indica a meta (fim) e os procedimentos (meios) para execução dos trabalhos, de tal maneira que cada um tenha condições de assumir a responsabilidade pelos resultados de seu trabalho”.

Um POP deve ser elaborado por quem executa o procedimento, por ser ele o conhecedor da rotina, e deve descrever claramente os objetivos do procedimento, os equipamentos e materiais necessários e os passos a serem dados para sua execução, com os respectivos responsáveis.

### **Indicadores de qualidade e desempenho**

“Somente aquilo que é medido é gerenciado. O que não é medido está à deriva” (Falconi, 2004).

O ciclo de melhoria contínua requer um sistema de medição para que as ações ou processos definidos sejam monitorados e avaliados. Isso permite responder à pergunta: Como sabemos que uma mudança representa uma melhoria?

Portanto, implica na definição de indicadores que são como que “mostradores” de uma dada situação (Terribili, 2010), medindo a eficiência (a utilização adequada dos recursos), a eficácia (o alcance do parâmetro ou meta pactuada) ou a efetividade (o impacto, ou resolubilidade) no desempenho do processo.

Os indicadores devem ser em número reduzido e devem ser coerentes com o resultado esperado para o processo, podendo se referir também ao resultado das atividades que tenham alto impacto sobre o resultado final.

## BIBLIOGRAFIA

- CAMPOS, E. F. A cadeia de valor em saúde – Uma proposta de reorganização da Atenção na Saúde Suplementar – Unimed Federação Minas, Belo Horizonte, 2009.
- Campos, V. F. Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia. Nova Lima, INDG, 2004.
- FNQ. - Critérios compromisso com a excelência e rumo à excelência. Fundação Nacional da Qualidade. SP, 2008.
- Fryman, Mark A. Quality and Process Improvement, 2001.
- Hall, R. J. Organizações, Estrutura e Processos, Tradução Wilma Ribeiro, Prentice-Hall, Rio de Janeiro, 1982.
- IQG. - Programa de desenvolvimento de recursos humanos em gestão da qualidade em saúde. Modulo III: Gestão do Risco. Belo Horizonte, Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. 2008.
- Lima, H. O. O gerenciamento de processos. Belo Horizonte, 2012.
- Mendes, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- Oliveira, S. B. Gestão por processos: fundamentos, técnicas e modelos de implementação. Rio de Janeiro, Qualitymark, 2006.
- Paim, R. Gestão de processos: pensar, agir e aprender. Porto Alegre, Bookman, 2009.
- Porter, M. E. Vantagem competitiva. Rio de Janeiro, Editora Campus, 1989.
- Pradella, S. Gestão de processos: da teoria à prática. São Paulo, Atlas, 2012.
- Terribili Filho, A. Indicadores de Gerenciamento de projetos. Monitoração contínua. São Paulo, M. Books, 2010.

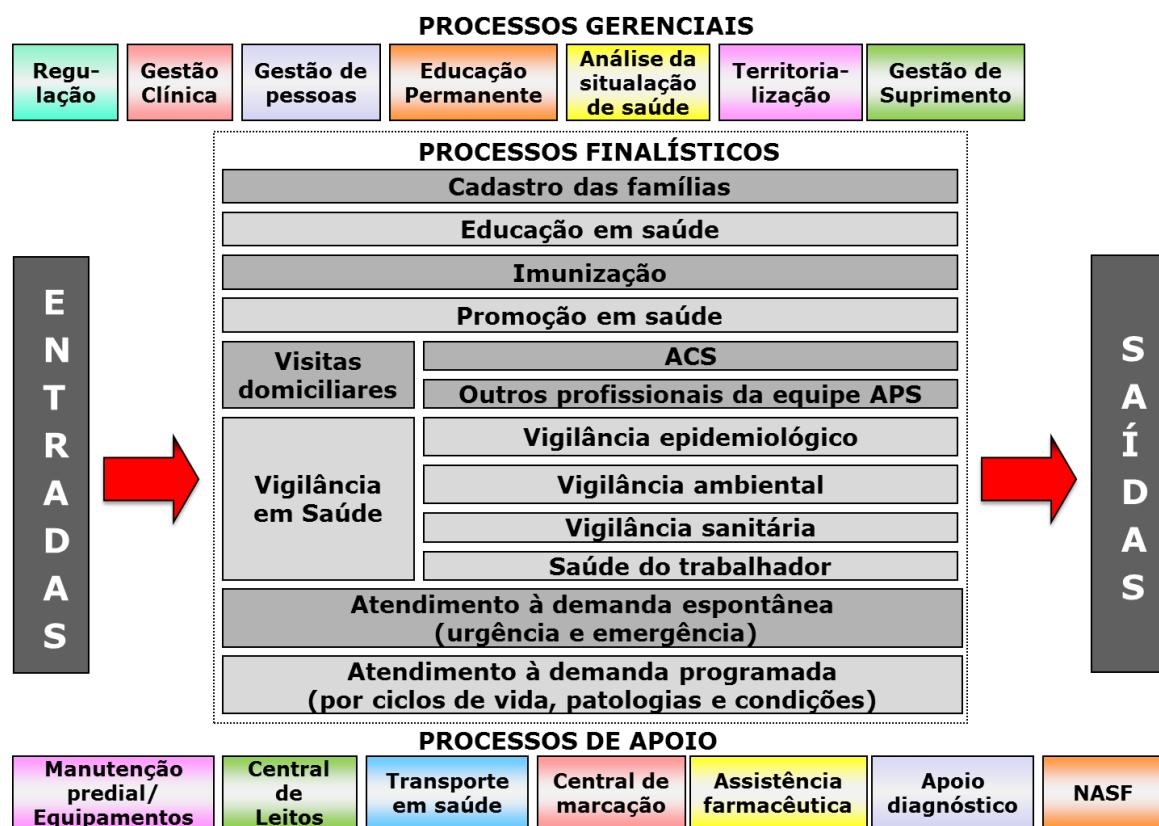
## **4.3 ESTUDO DIRIGIDO: O MACROPROCESSO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Esta atividade tem como objetivo possibilitar aos participantes conhecer e validar o Macroprocesso da Atenção Primária à Saúde para o município.

### **4.3.1 TRABALHO EM GRUPO: ORIENTAÇÃO**

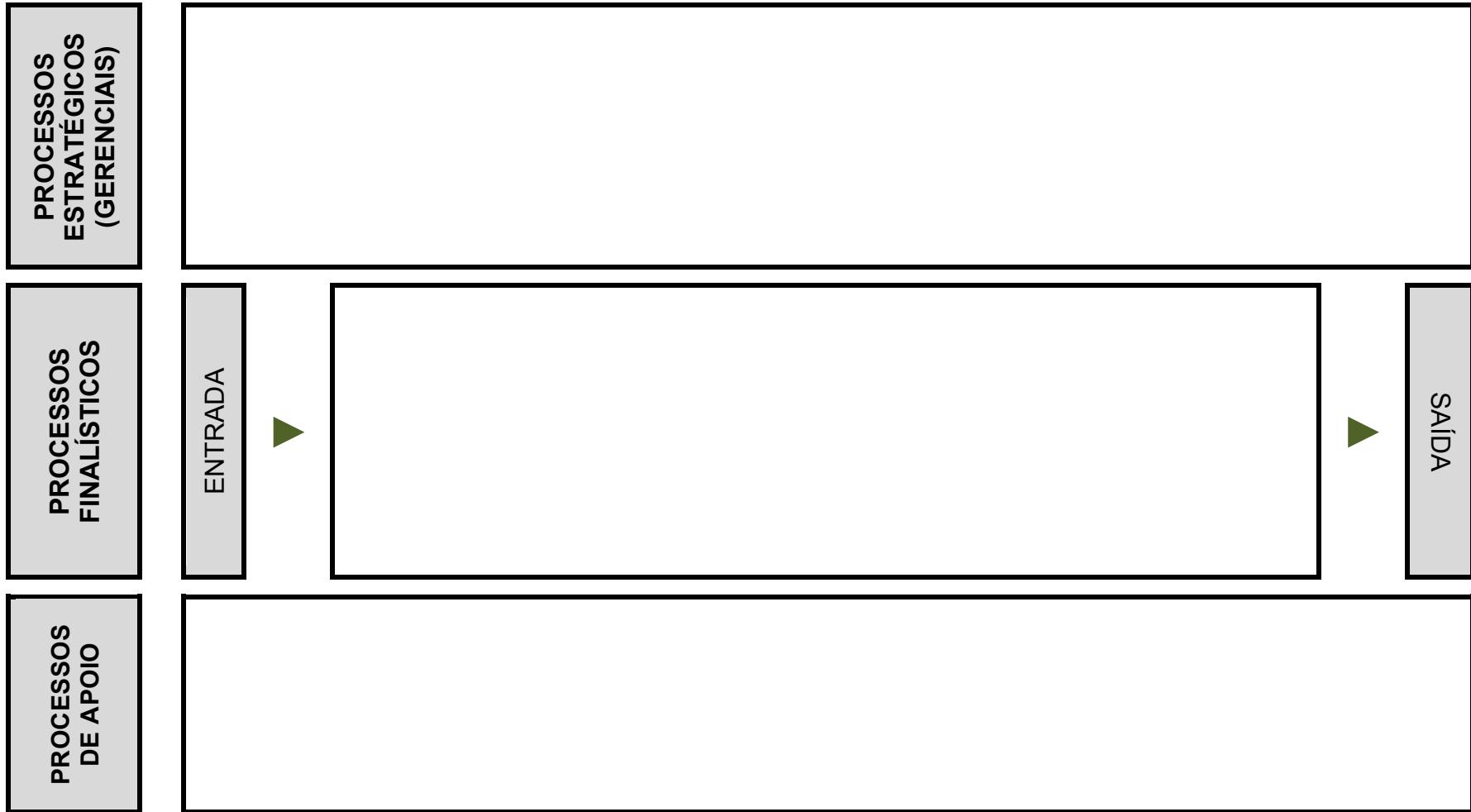
- Os participantes da oficina serão divididos em grupos.
- Cada grupo deve eleger um coordenador e um relator.
- Ler o Texto de Apoio “O gerenciamento por processos”.
- Discutir a proposta do Macroprocesso da Atenção Primária à Saúde apresentada no texto, estando atentos para:
  - ¬ compreender os Processos Finalísticos;
  - ¬ compreender os Processos Estratégicos;
  - ¬ compreender os Processos de Apoio;
- Em seguida, considerando as diretrizes definidas pela SMS, elaborar o Macroprocesso da Atenção Primária à Saúde. Para tanto, utilizar a matriz abaixo.
- O relator terá 10 minutos para apresentar o resultado final.

#### 4.3.2 FIGURA DE APOIO: MACROPROCESSO APS



## MATRIZ: MACROPROCESSO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA Á SAÚDE

## MATRIZ: MACROPROCESSO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA Á SAÚDE



## **4.4 EXPOSIÇÃO: A TERRITORIZAÇÃO**

- Esta atividade tem como objetivo possibilitar aos participantes a compreensão dos fundamentos sobre territorialização: conceito, tipos de território, passos para a operacionalização.

## **4.5 EXPOSIÇÃO: A TERRITORIZAÇÃO NO MUNICÍPIO**

- Esta atividade tem como objetivo possibilitar aos participantes conhecer a proposta de territorialização para o município.

## **4.6 TRABALHO EM GRUPO: O ROTEIRO PARA A TERRITORIZAÇÃO**

- Esta atividade tem como objetivo possibilitar aos participantes compreender os passos para a territorialização da área de abrangência da UBS – preparatória, de delimitação do território, de apropriação do território e de consulta às lideranças comunitárias –, assim os elementos para caracterização da área de abrangência.

### **4.6.1 TEXTO DE APOIO:**

#### **A TERRITORIZAÇÃO**

Fundamentação teórica<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Eugenio Vilaça Mendes. As redes de atenção à saúde. Brasília, OPAS, 2011.

O processo de territorialização constitui-se na definição dos diferentes espaços de vida das populações e que dão a base territorial para a constituição das redes de atenção à saúde.

Há, pelo menos, duas concepções de territórios sanitários:

- a primeira, toma-o de forma naturalizada como um espaço físico que está dado e pronto; nessa concepção prevalecem os critérios geofísicos na construção de um **território-solo**;
- a segunda, derivada da geografia política e coerente com o conceito de espaço/população, vê o **território** como um **processo** em permanente construção, produto de uma dinâmica social nunca acabada, onde se relacionam sujeitos sociais situados na arena sanitária.

Essa última visão implica que o território sanitário, além de um território geográfico, é também, território cultural, social, econômico e político.

Cabe também diferenciar entre territórios político-administrativos e territórios sanitários. Os territórios político-administrativos são territórios de desconcentração dos entes públicos – Ministério e Secretarias de Saúde – que se definem a partir de uma lógica eminentemente política. Diferentemente, os territórios sanitários são territórios recortados pelos fluxos e contrafluxos da população de responsabilidade de uma rede de atenção à saúde, em suas demandas pelos serviços de saúde. Ademais, são espaços de responsabilização sanitária por uma população definida.

O foco da territorialização na ESF está em estabelecer dois territórios sanitários fundamentais:

- o território área de abrangência que é o espaço de responsabilidade de uma equipe da ESF;
- o território microárea que é o território de responsabilidade de um ACS.

No modelo tradicional de cuidados primários, o território área de abrangência é construído a partir de todas as pessoas que vivem na área de responsabilidade de uma unidade de APS. Na ESF haverá tantos territórios de abrangência

quantas são as equipes porque a função de responsabilização é imputada a cada equipe em relação às famílias adscritas.

O processo de territorialização envolve o levantamento do perfil territorial-ambiental (a geografia e ambiente, a delimitação do território da unidade da ESF num mapa, as vias de acesso e as características dos domicílios), do perfil demográfico, do perfil socioeconômico e do perfil institucional.

### **O processo da territorialização<sup>3</sup>**

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

<b>1. Fase preparatória</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1.1 Realizar discussões na equipe de saúde para compreensão do processo de territorialização.</li><li>1.2 Definir as responsabilidades para cada uma das fases, envolvendo no levantamento de informações principalmente os agentes comunitários de saúde e os profissionais mais velhos ou moradores da área de abrangência.</li><li>1.3 Identificar a existência de plano diretor municipal, projetos/estudos/mapas urbanos que contenham a identificação do território e a malha viária.</li><li>1.4 Adquirir um mapa-base do município ou das áreas já definidas, com escala para área urbana 1:5.000 ou 1:10.000 e para zona rural 1:25.000 ou 1:50.000.</li><li>1.5 Realizar o levantamento de dados de fontes do próprio município, plano municipal de saúde, Atlas de Desenvolvimento Social da FJP, do IBGE, Cadernos de Saúde e Sala de Situação nos sistemas de informações do Ministério da Saúde sobre os aspectos geográficos, populacionais, econômicos, sociais, culturais e epidemiológicos.</li><li>1.6 Analisar os dados levantados.</li></ol>
<b>2. Fase de delimitação</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>2.1 Considerar os seguintes critérios para delimitação ou revisão do território:</li></ol>

<sup>3</sup> Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2010.

do território	<ul style="list-style-type: none"> <li>• geográfico: barreiras, limites, áreas rurais;</li> <li>• risco ambiental;</li> <li>• densidade populacional;</li> <li>• aspectos políticos, econômicos (estabelecimentos, atividades produtivas domiciliares, modos de produção de renda), sociais, culturais;</li> <li>• malha viária e meios de transporte;</li> <li>• equipamentos sociais;</li> <li>• pontos de atenção à saúde: UBS, centros de especialidades, consultórios/ambulatórios privados, hospitais, laboratórios, residências terapêuticas, pronto-atendimentos, dentre outros.</li> </ul> <p><b>2.2</b> Delimitar os limites do território da UBS, considerando os critérios citados.</p> <p><b>2.3</b> Caso já exista, revisar a caracterização do território delimitado da UBS considerando os mesmos critérios.</p>
<b>3. Fase de apropriação do território</b>	<p><b>3.1</b> Sinalizar no mapa-base os limites definidos e as características do território.</p> <p><b>3.2</b> Realizar análise do conjunto de informações.</p> <p><b>3.3</b> Confirmar ou corrigir o território da UBS ou fazer a sua revisão, caso já exista.</p>
<b>4. Fase de consulta às lideranças comunitárias</b>	<p><b>4.1</b> Mapear todos os representantes ou lideranças da comunidade local (informantes chaves) procurando envolver-los no processo de territorialização.</p> <p><b>4.2</b> Realizar entrevistas para levantar informações sobre o território e a vida das famílias e da comunidade, aspectos geográficos, políticos, econômicos (perfil produtivo), sociais e culturais percebidos e de relevância para a comunidade.</p> <p><b>4.3</b> Indagar sobre fatores facilitadores ou dificultadores a respeito do trabalho desenvolvido pela equipe de saúde e o funcionamento da unidade de saúde (ver quadro: Entrevista com lideranças comunitárias).</p>
<b>5. Fase de definição do território</b>	<p><b>5.1</b> Definir a área de abrangência da UBS e suas respectivas microáreas</p>

A entrevista com as lideranças comunitárias é fundamental para o processo de territorialização. O objetivo é conhecer a percepção do usuário sobre o atendimento da equipe de saúde, que pode ser expressa como fatores facilitadores ou dificultadores, como proposto a seguir.

ITEM	FATORES FACILITADORES	FATORES DIFICULTADORES
1. Localização e acesso à unidade		
2. Horário de funcionamento		
3. Informações prestadas por telefone		
4. Manutenção e limpeza da unidade		
5. Recepção e acolhimento na unidade: atitude relativa a cortesia, respeito, sensibilidade e simpatia; sala de espera		
6. Tempo de espera para consultas programadas ou de urgência		
7. Atendimento programado (consultas, grupos operativos e outros): duração do atendimento, habilidade do profissional		
8. Lembretes aos usuários sobre atendimentos agendados ou programados e busca ativa em caso de falta		
9. Atendimento em situações de urgência: tempo de espera, resolutividade		
10. Atendimento na sala de vacina, farmácia e sala de curativo		
11. Encaminhamento para consultas de especialidades		
12. Realização de exames laboratoriais		

13. Visitas domiciliares, ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, controle de zoonoses		
14. Compreensão sobre a orientação feita após o atendimento, prescrição de medicamentos ou solicitação de exames		
15. Satisfação com relação ao atendimento das necessidades do cidadão		

A caracterização da área de abrangência descreve os perfis territorial ambiental, demográfico, socioeconômico e institucional e define parte do diagnóstico local a ser realizado pela equipe de saúde.

## **PERFIL TERRITORIAL – AMBIENTAL**

Utilizar os dados coletados no processo de territorialização:

### **Território:**

- Localização urbana ou rural;
- Bairros localizados na área de responsabilidade, especificando se totalmente ou parcialmente incluídos;
- Distância do centro da cidade;
- Extensão territorial em km<sup>2</sup>;
- Maior distância entre a UBS e o limite do território.
- Todas as atividades produtivas (estabelecimentos ou empresas) identificadas no território de abrangência.

**Geografia e ambiente:**

- . Descrição do relevo;
- . Existência de rios ou córregos, especificando se canalizados ou em leito natural; lagos e represas, naturais ou artificiais;
- . Existência de fontes de água naturais, especificando a sua utilização pela população circunvizinha;
- . Barreiras geográficas.

**Recursos existentes no território:**

- . Pontos de atenção à saúde além da própria UBS: centros de referência / especialidades, consultórios / ambulatórios privados, hospitais, laboratórios, residências terapêuticas, pronto-atendimentos e outros.
- . Equipamentos e serviços sociais existentes: escolas, creches, cursos profissionalizantes, associações, ambulatórios, hortas comunitárias, etc.
- . Áreas de lazer: campos de futebol, pistas para caminhada, parques, academia da saúde, etc.

**Áreas de risco:**

- . Áreas de risco ambiental: lixão; áreas sujeitas a deslizamento, soterramento ou inundação; fontes de poluentes (tipo, origem, etc.), áreas com manuseio ou transporte de produto químico perigoso e outros riscos.
- . Áreas de assentamentos e invasões;
- . Áreas de aglomeração urbana: favelas, cortiços, etc.
- . Áreas rurais: número de comunidades, ponto de apoio, distância da UBS, áreas com utilização de agrotóxicos.

**Urbanização – acesso:**

- Pavimentação das ruas e avenidas.
- Transporte público.
- Malha viária, rodovias, ferrovias.

### **Características dos domicílios:**

- Número de domicílios segundo o abastecimento de água: rede pública, poço ou nascente, outros.
- Número de domicílios segundo o tratamento da água no domicílio: filtração, fervura, cloração, sem tratamento.
- Número de domicílios segundo o destino de fezes e urina: sistema de esgoto (rede geral), fossa ou céu aberto.
- Número de domicílios com energia elétrica.
- Número de domicílios segundo o destino do lixo: coletado, queimado ou acumulado a céu aberto.
- Número de domicílios com atividade econômica domiciliar formal e informal.

### **PERFIL DEMOGRÁFICO**

- População total.
- População segundo faixa etária e sexo.
- População que tem plano de saúde.
- Número total de usuários do SUS.

### **PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO**

- Número de chefes de família analfabetos.
- Número de famílias com renda familiar per capita inferior a R\$ 70,00 (setenta reais)<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Fonte: Programa Bolsa Família, Ministério da Previdência e Assistência Social.

- Número de famílias sem acesso à pasta e à escova de dente, por área.
- Número de famílias segundo o grau de risco.
- Lista as principais ocupações dos usuários identificadas na área de abrangência

## **PERFIL INSTITUCIONAL**

- Histórico da UBS.
- Localização.
- Tipologia: PSF, PACS, Unidade Tradicional.
- Acesso à UBS: topografia e transporte urbano.
- Horário de atendimento.
- Recursos humanos: número de profissionais por categoria, carga horária semanal contratada, carga horária semanal cumprida, especialização ou residência em saúde da família, tempo de atuação na APS e tempo de atuação na UBS.
- Relação com os Conselhos Locais de Saúde, caso existam.
- Relação com as lideranças comunitárias.

### **4.6.2 TRABALHO EM GRUPO: ORIENTAÇÃO**

- Voltar aos grupos, escolher novo coordenador e relator.
- Ler o Texto de Apoio “A territorialização na APS”.
- Em seguida, responder às perguntas:
  - ¬ A territorialização é um processo necessário para a organização da APS no município?
  - ¬ O roteiro para definição e caracterização dos territórios de saúde pode ser aplicado na área de abrangência das UBS's do município?

- O relator terá 10 minutos para apresentar o resultado final.

## **4.7 PLENÁRIO: ORIENTAÇÃO PARA O TRABALHO NO PERÍODO DE DISPERSÃO**

Esta atividade tem como objetivo planejar as atividades do Período de Dispersão para desenvolvimento dos seguintes produtos:

### **4.7.1 ALINHAMENTO CONCEITUAL:**

- Cada tutor deverá compartilhar com as suas equipes o conteúdo do alinhamento conceitual sobre:
  - ¬ Gerenciamento de processos: definir de maneira sintética o que é processo e a importância da organização dos processos da APS e discutir o Macroprocesso da APS validado para o município;
  - ¬ Territorialização: discutir o conceito de território processo, os territórios na APS e as ações para o desenvolvimento da territorialização na área de abrangência.

### **4.7.2 LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS:**

- Cada gerente deverá envolver a sua equipe para o desenvolvimento desse produto, especialmente os ACS, os profissionais mais antigos ou que moram na área de abrangência da UBS e os técnicos da vigilância em saúde.
- Identificar as lideranças comunitárias presentes no território.
- Realizar entrevista com as lideranças comunitárias, seguindo o roteiro proposto e registrando as preocupações ou sugestões para a organização da atenção à saúde no território.
- Sistematizar as informações coletadas para utilização no processo de

territorialização.

#### **4.7.3 DEFINIÇÃO DOS TERRITÓRIOS ÁREA DE ABRANGÊNCIA E MICROÁREAS:**

- A equipe da UBS deverá ser envolvida na elaboração desse produto, especialmente os ACS e os técnicos da vigilância em saúde. Também poderão ser envolvidas as lideranças da comunidade que manifestarem disponibilidade e interesse.
- Cada gerente receberá da coordenação central um mapa que delimita a atual área de abrangência da UBS, assim como os territórios das novas UBS que serão implantadas para ampliação da cobertura do PSF.
- Realizar a caracterização das áreas, elaborando o perfil territorial / ambiental (território; geografia e ambiente; equipamentos sociais e de saúde; urbanização e acesso) e o perfil demográfico (população total; densidade populacional; aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais).
- Descrever o perfil institucional relativo à UBS e sua equipe de saúde.
- Sinalizar no mapa da área de abrangência todas as informações coletadas.
- Realizar a análise de cada área de abrangência demarcada no mapa, registrando as observações e sugestões para sua validação.

#### **4.7.4 AGENDA:**

- Estabelecer um cronograma para que os produtos sejam desenvolvidos, utilizando a matriz abaixo:

PRODUTO	PRAZO	RESPONSÁVEL
Alinhamento conceitual sobre gerenciamento por processos e macroprocesso da APS		
Alinhamento conceitual sobre territorialização		
Identificação e entrevista com as lideranças comunitárias		
Caracterização das áreas de abrangência		
Validação dos territórios de abrangência das novas UBS		
Envio para a Coordenação Central		

#### **4.8 PLENÁRIO: A AVALIAÇÃO DA OFICINA**

Esta atividade por objetivo avaliar se os objetivos da oficina foram alcançados.

## **ANEXOS**

### **OS INFORMANTES-CHAVE<sup>5</sup>**

Os informantes-chave são pessoas que pelo tempo de residência numa determinada área e pela posição e pelas relações sociais que têm dentro de uma certa comunidade, devem ter um conhecimento detalhado de todas ou algumas características relevantes destas. Por isso, eles não podem ser escolhidos aleatoriamente. Pelo contrário é preciso buscar de propósito e de maneira bem direcionada, pessoas que possuam as qualidades necessárias para ser informantes-chave. Tratam-se, em geral, de líderes de entidades locais, funcionários de serviços públicos com uma determinada área de abrangência local (profissionais de saúde, professores de escola, comerciantes e lojistas, donos de farmácias, religiosos etc.). Dependendo do contexto, outras pessoas podem possuir as qualidades apropriadas. Por exemplo, em salvador (BA) foram contatadas, como informantes-chave, as mães-de-santo dos terreiros de candomblé.

Do que já temos falado, fica claro que a escolha dos informantes-chave não pode ser pré-estabelecida no início do trabalho de campo. Ao contrário, é preciso proceder gradualmente à seleção dos informantes-chave. Por isso, utiliza-se uma técnica de construção da amostra que se chama de “bola de neve” (snowball) (Rose 1982), segundo a qual, cada pessoa entrevistada indica outros potenciais informantes-chave a serem contatados nas entrevistas seguintes. Dessa maneira, de pessoa em pessoa, é gradualmente construída a amostra, e, paralelamente, são coletadas as informações.

Os informantes-chave participam em relações interativas comuns e em redes comunitárias de comunicações e troca de informações (Lomnitz 1988). O método da “bola de neve” é útil para escolher e contatar alguns “nós” dessas redes.

Uma apropriada seleção dos informantes-chave é fundamental para obter informações confiáveis e de boa qualidade. É importante que sejam selecionadas para entrevistas não somente pessoas que tenham realmente um bom

---

<sup>5</sup> A estimativa rápida e a divisão do território no distrito sanitário – Manual de instruções, OPAS, 1993

conhecimento da realidade local, mas, também, que sejam bastante diferenciadas entre si. De fato, é claro que cada informante tende a proporcionar um quadro da realidade local, influenciado pela percepção subjetiva que ele tem ou, até, pelos interesses que ele pode ter em enfatizar determinados aspectos. Esses elementos de subjetividade não podem ser evitados ou controlados na entrevista individual – aliás, nem devem – porque uma das vantagens da ERP está precisamente na sua capacidade de deixar expressar e colher o elemento subjetivo da comunidade, na definição de suas necessidades. Nem seria correto construir esse quadro das necessidades locais, totalmente influenciado pela percepção de poucas pessoas. A única forma possível para evitar esse desvio, é a de construir esse quadro juntando o ponto de vista de diferentes informantes-chave.

Portanto, diferentes tipos de informantes-chave devem ser gradualmente escolhidos e contatados, para que seja possível analisar, de forma objetiva, através da comparação entre diferentes perspectivas, o conjunto das necessidades e dos problemas de uma determinada comunidade. Em outras palavras, é preciso chegar a construir, gradualmente, um quadro das necessidades locais, ouvindo diferentes atores sociais e comparando, entre si, os seus diferentes pontos de vista. Por isso, é crucial uma deliberada estratégia de gerenciamento do trabalho de campo, flexível, mas conscientemente voltada à construção gradual de uma amostra ampla e socialmente bem diferenciada.

Assim, se, por exemplo, os primeiros informantes-chave a serem contatados forem funcionários ou profissionais de serviços, em seguida serão procurados os líderes locais para equilibrar o ponto de vista das instituições com o da comunidade. Porém, é sempre possível que a perspectiva dos líderes seja um pouco diferente daquela das pessoas que eles - pelo menos em teoria - representam. Portanto, será útil comparar as informações fornecidas pelos líderes com opiniões expressadas por outros informantes-chave, por exemplo, comerciantes e lojistas, ou até a gente comum. Além disso, é provável que determinados tipos de informantes-chave sejam bem informados sobre determinados aspectos da realidade local e pouco informados sobre outros aspectos. Por exemplo, os farmacêuticos tendem a ter um bom conhecimento

(indireto) dos problemas de saúde da região, mas é provável que tenham escasso conhecimento dos problemas de saneamento básico. Nesse caso, também será preciso escolher com cuidado os informantes-chave e tentar construir uma amostra suficientemente ampla para cobrir, adequadamente, todos os itens que estão sendo investigados.

Em nossa experiência, pode ser útil proceder da maneira seguinte: contatar, primeiro, informantes-chave que trabalham em serviços locais e que parecem ter uma boa capacidade em proporcionar um quadro geral das características da área, junto com indicações referentes às suas diferenciações internas. Essas indicações são úteis para construir uma primeira hipótese de divisão territorial. Em seguida, buscar informantes da comunidade que certamente têm uma melhor capacidade de identificar detalhes relevantes da microárea específica na qual eles moram. Esses detalhes são úteis para testar, gradualmente, a hipótese inicial de divisão territorial.

Portanto, a estratégia de gerenciamento do trabalho de campo, nesse caso, especificamente a seleção dos informantes-chave, não pode ser estabelecida a priori, nem pode ser direcionada simplesmente pelo tipo de informantes que são escolhidos. Além disso, de fato, é preciso analisar constantemente a informação que está sendo coletada, tentar identificar tendencialmente qual informação é proporcionada, como e por quem e, na base das conclusões alcançadas, decidir quem contatar em seguida.

## **ANOTAÇÕES**

## **ANOTAÇÕES**