

**Territorialização do distrito da liberdade desenvolvido durante a Residência Multiprofissional em Atenção Básica****SANDRA REGINA BONIFÁCIO**UNINOVE – Universidade Nove de Julho  
sa.reg@uol.com.br**EVANDRO LUIZ LOPES**UNINOVE  
elldijo@uni9.pro.br



## **TERRITORIALIZAÇÃO DO DISTRITO DA LIBERDADE DESENVOLVIDO DURANTE A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA**

### **RESUMO**

Este Relato Técnico (Biancolino *et al.*, 2011) consiste em um trabalho realizado durante a Residência Multiprofissional em Atenção Básica (Ministério da Saúde/Universidade Nove de Julho), com a proposta de mapear as instituições existentes no entorno do *Campus Vergueiro* da Universidade Nove de Julho no Distrito da Liberdade, cidade de São Paulo com a finalidade de fortalecer a Rede de Atenção à Saúde local. Para realizar este estudo foram realizadas diversas visitas a campo com o objetivo de mapear os estabelecimentos encontrados. Os mapas foram produzidos com auxílio de programas como o Google Earth e as instituições sistematizadas em planilhas de Excel. As instituições identificadas foram separadas em: Cooperativa, Cultural, Educacional, Jurídico, Movimento Social, Religioso, Segurança Pública e Sindical. Integra a conclusão deste RT a indicação da necessidade de elaboração de estratégias de aproximação entre os serviços de saúde e os demais serviços da região visando o fortalecimento da Rede de Saúde deste território.

**Palavras-chave:** Territorialização, Intersetorialidade, Redes de Atenção à Saúde

### **ABSTRACT**

*This Technical Report (RT- Biancolino et al., 2011) consists of a work carried out during the Multi professional Residency in Basic Care (Ministry of Health / University of Nove de Julho), with the proposal of mapping the existing institutions around the Vergueiro's Campus of the Nove de Julho University in the District of Liberdade, city of São Paulo, with the purpose of strengthening the local Health Care Network. In order to carry out this study, several field trips were carried out to map the establishments found, the maps were produced with the aid of programs such as Google Earth and systematized institutions in Excel spreadsheets. The identified institutions were separated into: Cooperative, Cultural, Educational, Legal, Social Movement, Religious, Public Security and Trade Union. It integrates the conclusion of this RT the need to create strategies of approximation between the health services and the other services of the region for the strengthening of the Health Network of this territory.*

**Keywords:** Territorialisation, Intersectoriality, Health Care Networks



## 1. INTRODUÇÃO

O distrito da Liberdade, na cidade de São Paulo, local de estudo deste Relato Técnico (RT), apresentava em 2016 uma população estimada em aproximadamente 72.110 habitantes, com projeção de 74.009 habitantes em 2020 (São Paulo, 2016). Localizado na região central da cidade, este território, que apresenta as múltiplas facetas da capital Paulistana, com moradores de diferentes nacionalidades e de diversas regiões do país, é cortado por algumas das principais avenidas da cidade e tem em seu território instituições de saúde, educacionais, religiosas, de segurança pública, sindicais, movimentos sociais, entre outras. O estudo deste território foi fundamental para que se compreendesse a integração entre as instituições e as Redes de Atenção à Saúde.

A criação e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerado como uma das reformas sociais mais importantes realizadas no Brasil. Desde 1970, diversas alterações ocorreram no modelo de saúde adotado pelo Brasil. Porém, entende-se que sua organização se deu a partir da Atenção Básica que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo envolvendo promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, seguindo os princípios da universalidade, da integridade, da equidade, da acessibilidade, humanização, e participação social, consolidando-se a partir de 1994 com a criação do Programa Saúde da Família, que a partir de 2011 torna-se Estratégia Saúde da Família (ESF) (Escorel *et al.*, 2007).

A ESF é conhecida como uma reorientação e reorganização do modelo assistencial com a disposição das equipes multiprofissionais em unidades de saúde, distribuídas em territórios espacialmente delimitados. Assim, o espaço territorial onde a ESF atua deixa de ser um campo no qual se observa a interação entre a população e o ambiente em que ela vive e/ou reside. Esse espaço apresenta, no entanto, além de grande extensão geográfica, perfil demográfico epidemiológico ofertando informações para planejamento de ações de saúde de acordo com a necessidade da população (Pereira & Barcellos, 2006; Goldstein *et al.*, 2013).

Porém, as necessidades da população não estão restritas a um único lugar, um único equipamento de saúde, nenhuma unidade de saúde seja qual for seu nível de complexidade, consegue atender o paciente em sua integralidade, bem como, nem todos os serviços estão à disposição em um mesmo local. Para isso, foram estruturadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS), buscando ofertar aos pacientes todos os serviços que o mesmo necessita, como consultas, exames, procedimentos, cirurgias, reabilitação, entre outros de forma integrada, sendo a Atenção Básica a ordenadora desta Rede. Segundo Mendes (2010), as RAS constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. Sobre a população, parte mais importante da RAS é necessário compreender e conhecer seu perfil, as subpopulações, identificar os riscos aos quais está exposta, suas condições de saúde e suas especificidades. A estrutura operacional diz que a Atenção Básica deve gerenciar a RAS direcionando seus esforços a partir das necessidades da população articulando-se com a atenção secundária e terciária e outros serviços de apoio. Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. A necessidade de se mudarem os sistemas de atenção à saúde para que possam responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas levou ao desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde. Há modelos de atenção à saúde para as condições agudas e crônicas.



O fortalecimento das RAS, gerenciadas a partir da Atenção Básica, passa pelo conhecimento do território de constituição desta Rede. Tem se discutido demasiadamente a Atenção Básica à saúde mais especificamente a ESF como porta de entrada ao serviço de saúde no qual o SUS vá de encontro com as necessidades cotidianas de saúde e doença das pessoas. Para isso, é importante conhecer o território na Atenção Básica, pois além da dimensão e delimitação espacial este se dá a interação entre as pessoas, perfil histórico, demográfico, epidemiológico, político, social, ambiental e cultural que o caracteriza como, um território em permanente construção (Brasil, 2007; Brasil, 2011; Figueiredo, 2004). De modo que a RAS passa a integrar também outros equipamentos e serviços do território e não apenas os serviços de saúde.

O presente Relato Técnico, além desta introdução, apresenta a seção referencial teórico, na qual se discorre sobre as Redes de Atenção à Saúde e a intersetorialidade. Na seção de métodos são apresentadas as opções metodológicas que nortearam a fase empírica do estudo conduzido. Na seção de resultados é analisada a execução da intervenção de campo realizada. Por fim, a seção de considerações finais traz possibilidades de articulação em rede e são sugeridas pesquisas futuras sobre a mesma temática.

## 2.REFERENCIAL TEÓRICO

As Redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, conforme disposto na Portaria 4279/2010 do Ministério da Saúde (Brasil, 2010).

A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde.

O Sistema Único de Saúde - SUS é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, criado em 1988 com a Constituição Federal e posteriormente com a Lei 8080 de 1990, está presente desde as ações de orientação e prevenção até os níveis mais especializados de saúde.

Para organizar o SUS e levar o atendimento e a assistência a todas as pessoas em todas as regiões do país, foram criadas as Redes de Atenção à Saúde com base no Decreto 7508 de 2011 (Brasil, 2011). Para entender a RAS é importante compreender:

- a) O Território e sua população. Quais são os aspectos ambientais do território e as características socioeconômicas da sua população;
- b) Serviços e ações de saúde e sua densidade. As diferentes características, a densidade tecnológica, o apoio diagnóstico e terapêutico, a assistência farmacêutica, e o transporte adequado;
- c) Logística para orientar como o usuário vai caminhar na rede;
- d) Sistema de Regulação;
- e) Tripla causa de doenças: doenças infecciosas, parasitárias e infecções; causas externas (violência, acidentes); e doenças crônicas;
- f) Sistemas logísticos – conectam fluxos e contra fluxos (registro eletrônico em saúde, sistema de acesso regulado, sistema de transporte em saúde).



A RAS, alterou o antigo conceito de pirâmide hierárquica em que a Atenção Primária à Saúde (APS) era a base da pirâmide, na RAS, a APS é o centro da Rede e ordenadora de todo o sistema de saúde. A Atenção Primária à Saúde trabalha com a ideia da mudança de comportamento, hábitos de vida saudáveis, fomento a qualidade de vida e promoção de saúde, rompendo com a hegemonia do modelo biomédico e propiciando a continuidade do cuidado em todos os níveis de atenção, prevenção, cura e reabilitação.

Pensando que saúde não é apenas ausência de doenças, outros serviços que não pertencem a rede própria do serviço de saúde, também podem se integrar a esta rede, como parques, unidades educacionais, serviços assistenciais, sistema de segurança pública, cooperativas de reciclagem e outros parceiros do território, seja por meio de parcerias como o simples encaminhamento do usuário, pela realização de atividades e projetos em conjunto ou apenas por meio de identificação simples e sistematizada das instituições alocadas no território, com a finalidade de ofertar uma maior gama de possibilidades de cuidados integrais, visando a melhoria da qualidade de vida da população.

Neste sentido, o processo de territorialização e identificação de um território é fundamental para o fortalecimento da RAS, conhecer todos os equipamentos e serviços que existem em um determinado território, favorece uma atuação integrada e articulada entre os diferentes atores, podendo assim oferecer uma gama maior de possibilidades aos usuários. Quando a Rede de Saúde conhece as associações, comércios, sindicatos, igrejas, serviços de educação, as opções de lazer, os serviços privados de saúde, outros órgãos públicos, os pontos de risco e as vulnerabilidades de um determinado território, conhecerá melhor sua população e assim, poderá organizar melhor sua atuação neste território, deixando-a mais eficiente e resolutive, contando com uma rede de parceiros que vai além do próprio serviço de saúde.

### 3.MÉTODO

O Distrito da Liberdade, localizado na região central da cidade de São Paulo abriga mais de 70 mil moradores, porém sua população triplica quando consideramos todas as pessoas que circulam pelo bairro todos os dias, seja a trabalho, estudos, lazer, cuidados com a saúde ou outros. A Residência Multiprofissional em Atenção Básica foi a primeira turma formada na Universidade Nove de Julho e contou com graduados em Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Assistente Social e Farmacêutico (dois de cada formação).

A pesquisa a campo foi realizada pelos 12 residentes multiprofissionais R1 ingressados em 2015, divididos em duplas. Foi feita uma listagem de todas as ruas do território e divididas de modo que cada uma tivesse o mesmo tamanho que a outra, assim as partes foram divididas entre os residentes de forma equivalente. Diariamente no período de duas semanas as duplas saíam a campo em direção as ruas que ficaram responsáveis após o preenchimento de todos os campos necessários voltavam para o Ambulatório Integrado de Saúde do *Campus* Vergueiro da Universidade onde faziam a tabulação desses resultados.

A tabulação foi feita pela ferramenta Excel e contou com quatro planilhas para alimentar as categorias de informações da ficha: instituições, serviços de saúde, residências e comércios.

A identificação das instituições do território contou também a realização de mutirões para a avaliação da vulnerabilidade das ruas do território. Foi elaborada uma ficha com quatro perguntas que levaram em consideração a ausência de arborização, entulhos, a acessibilidade das calçadas e se haviam ou não moradores em situação de rua. O preenchimento das questões gerava uma soma a ser classificada em quatro níveis: muito vulnerável (se tivesse a presença de 4 itens de vulnerabilidade), vulnerável (se tivesse a presença de 3 ou 2 itens de vulnerabilidade), pouco vulnerável (se tivesse a presença de 1 item de vulnerabilidade) e não vulnerável (se não tivesse a presença de nenhum item de vulnerabilidade).





### **3.1. Tratamento dos Dados**

Uma tabela foi criada para inserir informações como: número de construções para moradia no território e em cada micro área; número de instituições sendo elas: cultural, ensino, religioso, sindical; comércios; estabelecimentos que prestam serviços de saúde, sendo possível ter uma visão geral do há no território.

As cores dispostas nas micro áreas foram determinadas da seguinte forma: do mais vulnerável para o menos vulnerável sendo, vermelho, amarelo, verde e azul onde o vermelho representa a micro área mais vulnerável e a azul a micro área menos vulnerável.

### **3.2. Mapas**

Os mapas foram criados a partir da ferramenta digital “Google Earth”, que utiliza o geoprocessamento para a criação de mapas personalizados.

### **3.3 Guia de Instituições**

O Guia de Instituições trata-se de uma catalogação de todas as instituições encontradas no território. Foram selecionadas algumas informações pensando na utilidade delas para o uso do Ambulatório Integrado de Saúde-VG, tais como: nome da instituição, a micro área a que pertence, a classificação de vulnerabilidade por cor, características do serviço, horário de funcionamento, endereço, site e telefone.

### **3.4. Rede**

A criação da Rede é processo demorado, pois dependemos da interação das instituições entre si e entre a comunidade intermediada pela Residência Multiprofissional, entretanto foi criado um Guia com as instituições separadas por serviços prestados com cores características de suas micro áreas, facilitando assim possíveis ações junto a comunidade e instituição, este Guia foi disponibilizado ao Ambulatório Integrado de Saúde - AIS-VG a princípio para conhecimento de todos que quiserem consultar, e até mesmo planejar algumas ações, pois ele é didático e explicativo.

### **3.5. Ações no Território**

A partir do mapeamento do Guia de Instituições e da elaboração dos critérios de vulnerabilidade o grupo de trabalho identificou algumas instituições para que fossem feitos contatos e se iniciasse a atuação da Residência pensando em uma atuação de valorização a equidade na oferta de serviços. As visitas se iniciaram em uma instituição de reciclagem, RECIFRAM, que se encontra na micro área vermelha, considerada a mais vulnerável, por onde se iniciou as atividades pensando na promoção da equidade. Esta instituição atende pessoas que estavam em situação de rua e se capacitam para o trabalho com resíduos recicláveis. Foram realizados 4 mutirões pensando em diferentes aspectos da saúde em parceria com outros projetos da Residência, assim como outras instituições.

## **4.RESULTADOS OBTIDOS E ANÁLISE**

No mapeamento do território foram encontradas 96 Instituições num total de 62 ruas. Os mapas permitiram uma melhor visualização dos dados no território, a flexibilidade da ferramenta digital permitiu que os limites das ruas fossem alterados conforme as coletas de



dados iam ocorrendo. De acordo com o endereço de cada instituição foi possível fazer uma marcação da mesma, permitindo ver a distribuição dessas no território.

A partir da criação desse mapa pensou-se na possibilidade de reproduzi-lo no AIS-VG na forma física e eletrônica. Sendo assim o mapa virtual ficou disponível a princípio para a equipe de Residência Multiprofissional e depois disponibilizado para os demais profissionais do Ambulatório Integrado de Saúde – Uninove- Vergueiro, e para as instituições que fazem parte do território.

O Guia de Instituições foi confeccionado afim de facilitar a consulta das instituições do território, conhecendo informações como, qual área que ela está localizada, endereço, ramo de atividade e contatos, sendo uma importante ferramenta para ações de saúde baseada em sua área de vulnerabilidade

O 1º Seminário de Saúde, assim chamado o encontro com as instituições do território, ocorreu em Dezembro de 2016 em um formato mais intimista caracterizando uma "roda de conversa", contando com instituições de diversos seguimentos nos âmbitos educacionais, de saúde, religioso, segurança pública dentre outros como: UBS Sé, Legião da Boa Vontade, Consultório na Rua, Guarda Civil Metropolitana, RECIFRAM, Núcleo de Controle de Doenças Infecciosas da Prefeitura de São Paulo, Ambulatório Integrado de Saúde da unidade Vergueiro-Uninove. O seminário contou com o levantamento de necessidades de saúde do território, e o reconhecimento das instituições, desta forma construindo um trabalho conjunto com a troca de serviços prestados e a experiência de ações de cada instituição sendo intermediado pela Residência Multiprofissional. O levantamento de déficit dos serviços e criação de novas estratégias para o serviço a população foi fortemente discutido dando fomento para ações futuras de saúde, com um olhar diferenciado, pois a necessidade foi dita e não pesquisada pela equipe, sendo assim mais direcionada.

Esta roda de conversa foi importante para visualizar a necessidade do contato entre as instituições e discussões sobre os serviços de saúde que são oferecidos e realizados de acordo com a realidade de cada instituição e sua especificidade.

O 1º Mutirão de Saúde no RECIFRAM, contou com a parceria do Projeto Acolhimento e foram realizados 60 atendimentos de acolhimento, onde foram verificadas as necessidades de saúde gerais dos pacientes. Além do Acolhimento participou também as Residentes de Odontologia que fizeram orientações de saúde bucal, entrega de kit e triagem para a clínica de odontologia. Dos usuários que participaram desse mutirão houveram 32 encaminhamentos para a odontologia e 5 para psicologia que se realizaram no AIS-VG. Após os encaminhamentos verificou-se uma necessidade de adaptação dos horários de atendimento na universidade por conta das necessidades específicas dos usuários que precisam garantir a sua vaga no albergue no final da tarde e início da noite. Tais necessidades foram levadas em conta para justificar o número de faltas que estavam ocorrendo na clínica de odontologia e tomadas como base para a alteração do horário, proporcionando uma oportunidade real de atendimento.

O 2º Mutirão de Saúde no RECIFRAM, teve uma característica um pouco diferente do primeiro, pois a maioria dos usuários já haviam passado pelo acolhimento. Foi oferecido o acolhimento para os usuários novos que não participaram do primeiro mutirão e foi dado um foco maior sobre as questões de promoção de saúde através da orientação em saúde. Foi realizada uma parceria com o Projeto de DST/HIV e Tuberculose da Residência e também com a equipe da ESF da UBS Sé responsável pelo território. A equipe de doenças sexualmente transmissíveis (DST/HIV) fez o teste rápido de HIV, orientação e entrega de kit. A equipe de Tuberculose da Residência fez orientações de saúde sobre a doença e formas de prevenção por meio da dinâmica Pega ou Não Pega. A equipe da ESF ficou responsável pela realização do teste de escarro para a detecção de tuberculose. No total foram atendidos 30 usuários.



Também foi realizada uma Roda de Conversa no RECIFRAM com um palestrante externo – Sr. Sebastião (que inspirou o documentário “Lixo Extraordinário”). Os colaboradores se identificaram com a história do Sr. Sebastião e se sentiram inspirados e motivados com sua trajetória de defesa pela vida. Participaram 41 usuários e os coordenadores do RECIFRAM. Uma das usuárias do RECIFRAM que havia chegado recentemente do Rio de Janeiro, morou próximo do Sr. Sebastião, ao conversarem viram que tinham muitos conhecidos em comum.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise deste breve RT, pode se observar que existem diversas instituições espalhadas pelo território atendendo a população de diversas maneiras. A atividade de territorialização, foi importante para o processo de formação dos Residentes Multiprofissionais ao conhecer o território de atuação e também para compreender uma das principais atividades realizadas na atenção básica que é o processo de mapeamento do território de atuação.

O mapeamento que identificou 03 cooperativas, 18 instituições ligadas a cultura, 33 espaços de educação, 04 jurídicos e 01 ligados a movimento social, 22 religiosos, 02 de segurança pública e 13 sindicais em apenas 62 ruas mostra o potencial de parcerias e articulações possíveis de serem realizadas.

Cabe agora, aos novos Residentes Multiprofissionais manterem as parcerias que foram estabelecidas e dar continuidade na articulação e fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde potencializando as ações desenvolvidas pelo AIS-VG bem como pelas demais instituições do território em ações integradas e articuladas.

## REFERÊNCIAS

BIANCOLINO, C. A., KNISS, C. T., MACCARI, E., & RABECHINI Jr, R. (2011).  
*Protocolo para elaboração de relatos de produção técnica.*

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). Atenção Básica Saúde da Família. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencao\\_basica.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencao_basica.php)>  
Acesso em: 03 de abril de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 4279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Casa Civil. Decreto 7508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.





ESCOREL S, GIOVANELLA L, MENDONÇA MD, SENNA MDCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev Panam Salud Publica, 2007. 21(2), 164-76.

FIGUEIREDO, NMA (org). Ensinando a cuidar em Saúde Pública. São Caetano do Sul: Difusão Enfermagem, p.255-339, 2004.

GOLDSTEIN A, BARCELLOS C, MAGALHÃES MDAFM, GRACIE R, VIACAVA F. A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. Ciência & Saúde Coletiva, 2013. 18(1), 45-56.

MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2010. 15(5):2297-2305.

PEREIRA MP, BARCELLOS C. O Território no Programa de Saúde Da Família. HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. Disponível em: <[http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/o\\_territorio\\_na\\_esf.pdf](http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/o_territorio_na_esf.pdf)> 2006

SÃO PAULO (Cidade). População censitária e projeções populacionais. Município de São Paulo, Subprefeituras e Distritos Municipais 2008, 2009, 2010, 2011 a 2010, 2030 e 2040. Disponível: <[http://infocidade.prefeitura.sp.gov.br/htmls/7\\_populacao\\_censitaria\\_e\\_projecoes\\_populac\\_2008\\_10489.html](http://infocidade.prefeitura.sp.gov.br/htmls/7_populacao_censitaria_e_projecoes_populac_2008_10489.html)> Acesso em: 04 de dezembro de 2016.