

## **Estratégia Saúde da Família Vila Anália II: territorialização como instrumento de planejamento em saúde**

### **Vila Anália II Family Health Strategy: territorialization as a health planning instrument**

Ana Luiza Souza Carlos Da Cunha<sup>1</sup>  
André Wilson Aguiar Silva<sup>2</sup>  
Tayna Gonçalves Barbosa<sup>3</sup>  
Samuel Trezena Costa<sup>4</sup>

#### **Resumo**

O presente estudo investigou a Estratégia Saúde da Família Vila Anália II, em Montes Claros (MG), destacando a territorialização como instrumento estratégico de planejamento em saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto porta de entrada do SUS, possibilita cuidado integral, prevenção de agravos e atenção individual e coletiva. O presente trabalho foi desenvolvido durante uma ação extensionista. Adotou-se abordagem mista, quantitativa e qualitativa, combinada à Estimativa Rápida Participativa, para levantamento de dados demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos. Os resultados evidenciaram predominância de adultos em idade produtiva e usuários do SUS, com alta incidência de hipertensão, diabetes e transtornos mentais. A análise das cinco microáreas do território identificou vulnerabilidades locais, orientando estratégias adaptadas às necessidades da população. A UBS Vila Anália II, estruturada com equipe multiprofissional, realiza atendimentos médicos, odontológicos, de enfermagem, visitas domiciliares e grupos terapêuticos, promovendo vínculo, integralidade e equidade no cuidado. A territorialização demonstrou-se essencial para o planejamento contextualizado, fortalecendo a resolutividade das ações e o acompanhamento longitudinal dos usuários, bem como para a humanização do atendimento. Conclui-se que o mapeamento territorial e a compreensão das especificidades locais são fundamentais para o desenvolvimento de práticas de APS mais eficazes, integradas e sensíveis às necessidades da comunidade.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família; Planejamento em Saúde;

---

<sup>1</sup> Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Montes Claros / Hospital Universitário Clemente de Faria - Unimontes/HUCF. Especialista em Psicanálise: teoria e clínica pela Faculdade de Ciências e Tecnologia de Janaúba - FACITEC. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-4283-0730>. Email: ana.lusc1@hotmail.com

<sup>2</sup> Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Montes Claros / Hospital Universitário Clemente de Faria - Unimontes/HUCF, Graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-9958-4437>. Email: aguiarandrewilson@gmail.com.

<sup>3</sup> Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Montes Claros / Hospital Universitário Clemente de Faria - Unimontes/HUCF. Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1189-8891>. Email: taynagb.enf@gmail.com

<sup>4</sup> Doutorando em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes. Mestre em Cuidado Primário em Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros. Graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Montes Claros. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4217-1276>. Email: samuel.costa@unimontes.br

## Territorialização da Atenção Primária.

### **Abstract**

This study analyzed the Family Health Strategy Vila Anália II in Montes Claros (MG), emphasizing territorialization as a strategic tool for health planning. Primary Health Care (PHC), as the entry point of the SUS, enables comprehensive care, disease prevention, and both individual and collective attention. The present work was carried out during an extension activity. A mixed-methods approach, combining quantitative and qualitative data with Rapid Participatory Appraisal, was employed to assess demographic, epidemiological, and socioeconomic characteristics. Findings revealed a predominance of adults of working age and SUS users, with high prevalence of hypertension, diabetes, and mental health disorders. Analysis of the five micro-areas identified local vulnerabilities, guiding interventions tailored to community needs. The Vila Anália II Health Unit, supported by a multiprofessional team, provides medical, dental, and nursing care, home visits, and therapeutic groups, fostering continuity, equity, and integrality of care. Territorialization proved essential for contextualized planning, enhancing service resolutiveness, longitudinal monitoring, and care humanization. The study concludes that territorial mapping and understanding local specificities are crucial for effective, integrated, and community-sensitive PHC practices.

**Key words:** Family Health Strategy; Health Planning; Territorialization in Primary Health Care.

### **Introdução**

A Atenção Primária à Saúde (APS) se constitui como o primeiro nível de cuidado dentro do sistema de saúde e funciona como a porta de entrada para a maioria das demandas e necessidades em saúde da população. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a APS é o nível de atenção mais próximo do cotidiano das comunidades, com alta capilaridade e descentralização, sendo desenvolvida nos territórios onde vivem os usuários, principalmente através da implementação de unidades básicas de saúde (UBS) e estratégias de saúde da família (eSF).

As ações realizadas nesse nível de atenção são de caráter individual e coletivo, uma vez que visam a promoção e proteção da saúde, bem como a prevenção de agravos, diagnóstico precoce, reabilitação e redução de danos. Todas essas práticas objetivam a construção de um cuidado integral, comprometido com melhorias das condições de vida e saúde da população, com o fortalecimento da autonomia dos sujeitos e atuação sobre os determinantes sociais envolvidos no processo saúde-doença (Mendes, 2011).

Essa inserção no território é considerada o ponto de contato mais frequente entre os usuários e os serviços de saúde, além de ser eixo estruturante da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Mendes, 2011). Esses territórios, por sua vez, são entendidos não apenas como espaços físicos, mas como contextos sociais vivos, dinâmicos, nos quais se expressam desigualdades, vulnerabilidades e potenciais comunitários (Brasil, 2012).

O processo de territorialização constitui uma estratégia fundamental para ampliar a compreensão acerca das condições de vida e da situação de saúde da população residente em uma determinada área de abrangência. Essa abordagem possibilita identificar riscos coletivos, potencialidades locais e determinantes sociais que influenciam o processo saúde-doença, subsidiando o planejamento e a organização das ações e serviços de saúde. Assim, o planejamento e a execução das intervenções em saúde requerem o conhecimento aprofundado da realidade territorial, da dinâmica social e epidemiológica da comunidade, bem como da estrutura organizacional, das rotinas e dos fluxos de trabalho das UBS e das eSF. Nesse sentido, a territorialização é entendida como um instrumento essencial para a gestão do cuidado e para a efetivação dos princípios da APS e do SUS (Santos, Rigotto 2010; Brasil, 2017; Brasil, 2020).

No contexto de implantação das equipes de eSF, a territorialização configura-se como uma ferramenta essencial para a realização do diagnóstico situacional do território, bem como uma compreensão ampliada das necessidades de saúde da população adscrita, orientando a formulação de ações e estratégias que adequem o cuidado às demandas específicas de cada comunidade. A partir desse conhecimento, torna-se viável o planejamento de intervenções que promovam maior resolutividade e efetividade nos serviços ofertados pelas eSF, contribuindo para a integralidade e a equidade do cuidado em saúde (Faria, Bortolozzi, 2012).

O presente trabalho objetiva apresentar o processo de territorialização e diagnóstico situacional da área adscrita da Estratégia Saúde da Família Vila Anália II, desenvolvido por residentes em saúde da família, como uma ferramenta para efetivação dos princípios e diretrizes da atenção primária à saúde.

## **Metodologia**

O presente trabalho foi desenvolvido durante a ação extensionista da

Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), no curso de Pós-Graduação Lato Sensu, realizado no período de março a agosto de 2025. Trata-se de um estudo de abordagem mista, quantitativa e qualitativa, caracteriza-se como exploratório e descritivo e de natureza transversal. A escolha de uma metodologia quanti-qualitativa visa uma análise abrangente, que combine tanto dados numéricos quanto a compreensão das interações sociais e comportamentais observadas (Gil, 2008; Minayo, 2010).

O estudo foi realizado na área de abrangência da equipe de eSF Vila Anália II, localizado na região sudeste de Montes Claros - Minas Gerais.

Para coleta das informações foi utilizada a técnica da Estimativa Rápida Participativa (ERP), que permite contemplar informações e vivenciar a realidade da comunidade a partir da avaliação e identificação dos residentes da região, em curto prazo de tempo (Silva, Coimbra, Bertocello, Silveira, 2023).

Para aplicação da ERP foram realizadas entrevistas, utilizando um questionário semiestruturado com 20 perguntas. Os primeiros participantes foram apontados como informantes chave por agentes comunitários de saúde (ACS), considerando os moradores mais antigos dos bairros, a escolha dos demais participantes foi elencada a partir da técnica de *Snowball*, por indicação dos próprios participantes sucessivamente. O fechamento amostral foi realizado pelo método de saturação, isto é, quando as respostas começaram a se repetir entre os entrevistados sem adição de novas informações à pesquisa.

Para o levantamento dos dados quantitativos de saúde apresentados no decorrer do presente estudo, foi utilizada a busca de dados no sistema Mais Saúde Digital, que é a rede municipal de saúde informatizada, sendo um facilitador do acesso tanto das informações em saúde do usuário, quanto relatórios de produtividade dos profissionais (Montes Claros, 2023).

## **Resultados**

### **Descrição do histórico do território e da UBS Vila Anália II**

A UBS Vila Anália II foi oficializada em 09 de maio de 2025, como sede de três eSF: Vila Anália II, Novo Delfino e Jardim Olímpico, em uma estrutura própria, visando mais acesso aos usuários, bem como a eficiência dos profissionais de saúde,

proporcionando melhores condições de atendimento. A eSF Vila Anália II atende aos moradores residentes nos bairros Camilo Prates, Prolongamento Vila Anália e parte do Vila Anália, sua implantação ocorreu a partir de um processo de redistribuição territorial de áreas anteriormente pertencentes a outras equipes.

De acordo com os moradores entrevistados, o bairro Camilo Prates tem sua origem vinculada à ocupação de uma extensa área rural, anteriormente constituída por uma fazenda de propriedade do senhor José Camilo Prates. Havendo inicialmente apenas um brejo com plantação de arroz, plantações de cana, de ariape e também criações de gado. Em períodos chuvosos a área sofria constantemente com inundações, aspecto que, de acordo com moradores, foi melhorando conforme a área foi se desenvolvendo. Há cerca de dois anos, foi criada uma barragem na lagoa Barreiro (existente desde o ano de 1975), a fim de conter e impedir novas formações de enchentes na região.

A família Camilo Prates desempenhou papel central nesse processo de ocupação do espaço, sendo responsável pela criação da primeira instituição escolar da localidade, a Escola Municipal Doutor Alfredo Coutinho, ainda em funcionamento, bem como pela edificação da capela católica, que posteriormente se consolidou no bairro como a igreja católica São José. A infraestrutura urbana, como o fornecimento de energia elétrica, pavimentação de vias e outros serviços essenciais, foi sendo introduzida de forma gradual, evidenciando o caráter progressivo da urbanização e da integração territorial do bairro ao tecido urbano do município.

O bairro Vila Anália se formou por meio de loteamento urbano, inicialmente propriedade do senhor Olímpio, que subdividiu e comercializou os primeiros lotes, permitindo a instalação de moradias e o crescimento populacional. O nome do bairro homenageia Anália, avó do médico Delfino Magalhães, estendendo-se também ao nome do bairro vizinho: Prolongamento Vila Anália. A partir da década de 1980, a expansão de infraestrutura, como água encanada, esgoto e energia elétrica, consolidou a urbanização da região.

### **Descrição/ dados da equipe**

A composição atual da eSF Vila Anália II, por se tratar de uma equipe nova, ainda em processo de estruturação de seu quadro de profissionais, conta atualmente com um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um cirurgião-dentista,

uma psicóloga e quatro ACS. Ressalta-se que o número reduzido de ACS se deve à existência de área ainda descoberta no território e, não há, até o momento, auxiliar de saúde bucal (ASB) na equipe.

### **Descrição geográfica**

O território de abrangência da eSF possui uma extensão territorial de aproximadamente 0,26 km<sup>2</sup>, inserido na zona urbana, mais especificamente na região sudeste do município de Montes Claros, localizado no norte do estado de Minas Gerais. Limita-se com os bairros Novo Delfino, Jardim Olímpico e Belvedere, compondo um setor caracterizado por adensamento populacional crescente e processo de urbanização progressiva. A unidade de saúde encontra-se a uma distância média de 4,9 km do centro urbano da cidade, e a maior distância entre a UBS e os limites do território é de 0,68 km.

A população da área adscrita tem acesso a serviços públicos, como saneamento, energia elétrica, limpeza urbana e coleta de lixo. Embora a maior parte das vias seja asfaltada, há relatos de danos em algumas ruas e problemas de alagamento em períodos de chuva. Moradores apontam também falta de sinalização de trânsito adequada e necessidade de melhorias em acessibilidade para pessoas com mobilidade reduzida. Em relação ao transporte, predominam veículos próprios, como carros e motos, enquanto as três linhas de transporte coletivo disponíveis são consideradas insuficientes para atender à demanda local.

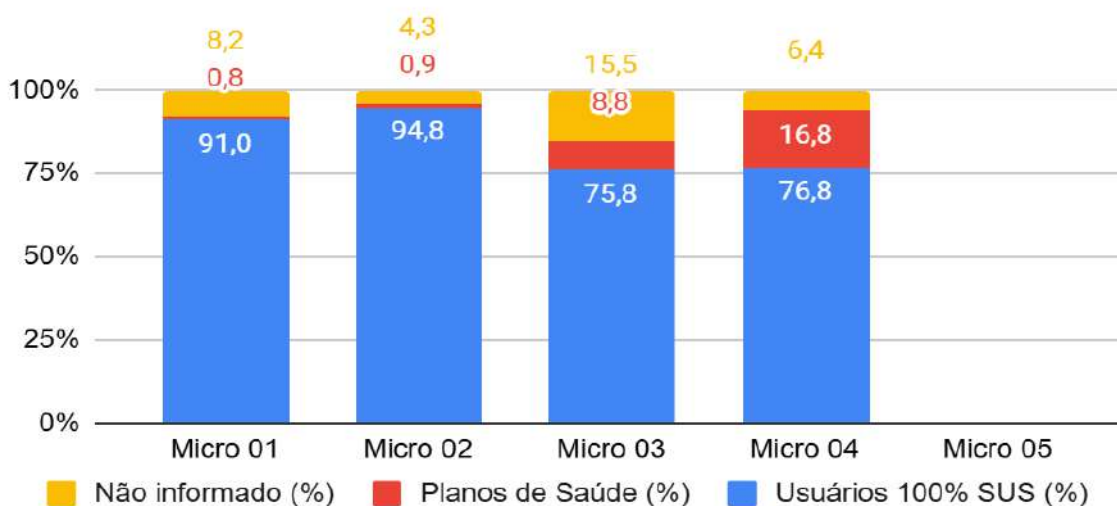
O comércio presente é, em sua maioria, composto por mercearias, bares, açougues, mercados, lanchonetes e padarias. Os comércios atuais atendem às necessidades dos moradores, porém, ainda é alta a busca por supermercados e outros comércios mais distantes, de outros bairros, sendo apontada a necessidade de outras categorias, como farmácia, serviços bancários e açougue.

### **Descrição demográfica**

A análise parcial dos dados demográficos evidenciou importantes aspectos estruturantes para o planejamento, conforme os dados apresentados no Gráfico 1. O território em estudo apresenta um total de 645 domicílios, 530 famílias cadastradas e população total de 1.458 pessoas, das quais 1.226 são usuárias exclusivamente do

SUS, representando aproximadamente 84% da população. Outros 107 usuários possuem planos de saúde (7,3%) e 125 indivíduos (8,6%) não tiveram esta informação registrada. A predominância de usuários dependentes do SUS demonstra a importância e centralidade da APS como principal porta de entrada para essa população.

**Gráfico 1** – Característica da população quanto ao serviço de saúde utilizado.



Fonte: Sistema mais saúde digital, 2025. (A Micro 05 está descoberta, sem cadastros no momento).

A população apresenta distribuição etária equilibrada, com predominância da faixa de 20 a 59 anos, que concentra 871 pessoas, o que corresponde a 59,7% da população total. Esse dado indica um território majoritariamente composto por adultos em idade produtiva, o que reforça a necessidade de estratégias de cuidado voltadas ao controle de agravos crônicos, saúde do trabalhador e saúde mental. A população idosa (60 anos ou mais) representa 189 indivíduos (13%). Quanto ao perfil por sexo, a população é composta por 742 pessoas do sexo feminino (50,9%) e 716 do sexo masculino (49,1%), demonstrando uma distribuição equilibrada.

### **Descrição dos aspectos culturais, educacionais, religiosos, de bem-estar e segurança**

No que concerne aos aspectos educacionais, o bairro conta com a Escola Municipal Doutor Alfredo Coutinho, que abrange estudantes do ensino fundamental (anos iniciais), e que atende à população adscrita.

Além disso, na região do Vila Anália, existem as escolas: Escola Estadual Neide Melo Franco (atendendo estudantes dos anos finais do ensino fundamental), CEMEI São Marcos e o Anexo do CEMEI, o CURUMIM. Os moradores consideram que as escolas existentes não contemplam toda a população do bairro de forma satisfatória e solicitam a construção de novas instituições educacionais.

No que tange aos aspectos religiosos, o território conta com diversos grupos religiosos provenientes do catolicismo, protestantismo e candomblé.

Os moradores relatam falta de espaços de lazer comunitário no bairro Vila Anália, o projeto do Parque Belvedere foi descontinuado e o espaço vem sendo usado para consumo de substâncias psicoativas. Atividades físicas são oferecidas no Anexo Curumim e há uma academia ao ar livre, porém em condições precárias e necessitando de manutenção.

Em relação a segurança do território, os moradores consideram o bairro um local tranquilo, com constantes rondas da Polícia Militar pelas ruas. Porém, eventualmente, queixam-se da ocorrência de episódios de vandalismo. Quanto às organizações sociais, há cerca de cinco anos, houve a formação de uma associação de moradores do bairro Vila Anália, mas foi descontinuada. Não havendo nenhum tipo de organização social similar na região da área de abrangência da eSF atualmente.

### **Descrição dos aspectos sanitários e condições de moradia**

Dos 645 domicílios cadastrados, observa-se que grande parte apresenta cobertura adequada de serviços essenciais como abastecimento de água, esgotamento sanitário, energia elétrica e coleta de lixo. No entanto, uma parcela expressiva dos cadastros ainda apresenta ausência de informações, devido à criação/atualização dos cadastros.

### **Descrição do quadro epidemiológico**

A análise dos dados referentes aos principais agravos e condições de saúde identificados no território da equipe revela um perfil epidemiológico fortemente marcado por doenças crônicas não transmissíveis, agravamentos relacionados à saúde mental e hábitos de vida prejudiciais à saúde. Ressalta-se que a análise dos dados deve considerar que: a Microárea 01 ainda se encontra em fase de

cadastro incompleto e a Microárea 05 está descoberta e descadastrada.

No conjunto do território, os dados apontam como principais condições de saúde:

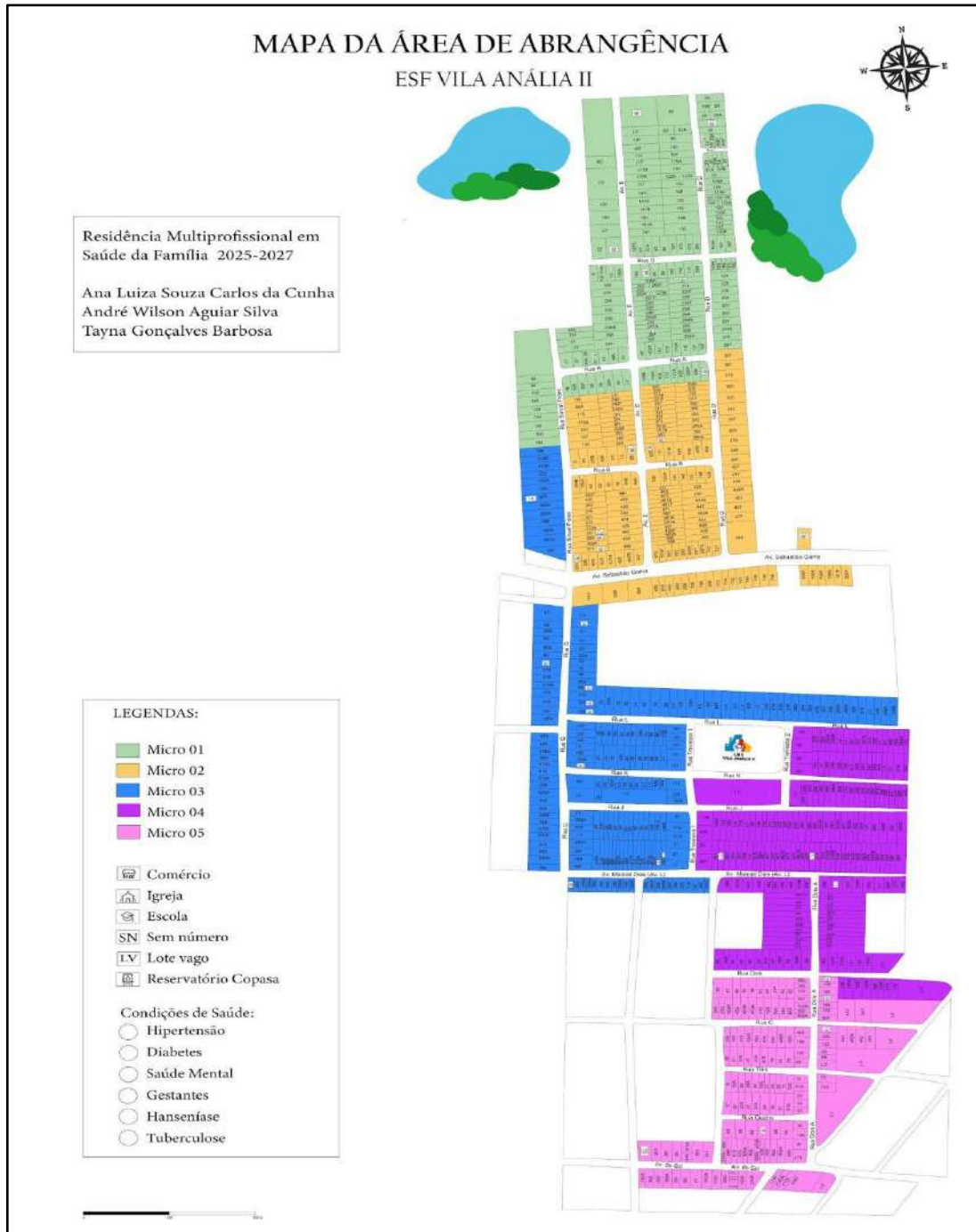
- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS): 277 casos diagnosticados, configurando-se como o agravo mais prevalente. Este dado reforça a necessidade de ações contínuas de vigilância e controle da pressão arterial, com ênfase em educação em saúde, acompanhamento regular e adesão medicamentosa.
- Diabetes Mellitus (DM): 101 casos diagnosticados, o que reforça o perfil crônico do território. Há indicativo de coexistência significativa entre HAS e DM, exigindo abordagens integradas de cuidado.
- Transtornos mentais comuns (ansiedade, depressão, etc.): 131 pessoas identificadas com demandas em saúde mental, indicando sofrimento psíquico expressivo no território. Tal cenário demanda articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com fortalecimento das ações matriciais e de grupos terapêuticos.
- Tabagismo: 85 usuários identificados como tabagistas, sendo este um importante fator de risco para múltiplos agravos crônicos.
- Etilismo e uso de outras drogas: 30 e 17 casos, respectivamente, com destaque para a microárea 02. Estas condições exigem abordagem interdisciplinar e integração com serviços como Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) e Centro de Referência em Assistência Social (CRAS).
- Outras condições como doenças cardíacas (28 casos), doenças respiratórias (17), neoplasias (8) e acamados/domiciliados (18) revelam demandas complexas e crônicas, que requerem acompanhamento longitudinal, cuidado domiciliar estruturado e articulação com serviços de média e alta complexidade.
- Até o momento, foram identificadas 13 gestantes em acompanhamento.

O levantamento de saúde bucal em crianças de 2 a 6 anos no CEMEI São Marcos e anexo Curumim, no primeiro semestre de 2025, revelou que 24,7% apresentavam doenças ativas (R1), 0,6% necessitavam de tratamento clínico ou restaurador (R2) e 74,7% estavam sem doença ativa, demandando apenas manutenção da saúde bucal (R3)(Minas Gerais, 2006).

### **Descrição das microáreas**

O território de abrangência da eSF Vila Anália II tem suas ruas e avenidas subdividido em 5 microáreas.

**Imagem 1:** Área de abrangência territorial da ESF Vila Anália II.



Fonte: Autoria própria

A Microárea 01 possui 100 domicílios, 98 famílias cadastradas e uma população total de 244 habitantes, dos quais 91% são usuários do SUS, enquanto apenas duas pessoas possuem plano de saúde. Há ainda 20 indivíduos com

informação pendente quanto à cobertura em saúde. A composição etária revela predominância de adultos (20 a 59 anos), que representam 54,5% da população, seguidos por idosos (23,3%) e crianças/adolescentes (22,1%). A distribuição por sexo é equilibrada, com 119 (48,8%) pessoas do sexo feminino e 125 (51,2%) do sexo masculino. Mesmo com o processo de cadastro ainda em exercício, observa-se uma elevada carga de doenças crônicas e agravos, com destaque para 75 (30,7%) pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS), 41 (16,8%) com transtornos mentais e 18 (7,3%) tabagistas, indicando forte demanda por ações em saúde mental e de enfrentamento aos fatores de risco cardiovascular.

A Microárea 02 compreende 176 domicílios, 147 famílias e um total de 422 habitantes. A cobertura pelo SUS é expressiva, alcançando 94,7% da população, enquanto apenas quatro indivíduos possuem plano de saúde e 18 estão sem informação registrada. A maioria dos habitantes é adulta (57,1%), seguida por crianças e adolescentes (27,3%) e idosos (15,6%). A distribuição por sexo é praticamente equitativa, 213 (50,5%) mulheres e 209 (49,5%) homens. Esta microárea apresenta o maior número absoluto de indivíduos com hipertensão 84 (19,9%) e de tabagistas 38 (9%), além de 14 (3,3%) casos de etilismo e 8 (1,9%) registros de uso de drogas, caracterizando uma população com múltiplas vulnerabilidades. Tais dados exigem ações intensificadas de promoção da saúde, prevenção de agravos e suporte psicossocial contínuo.

Composta por 182 domicílios, 146 famílias e uma população de 400 pessoas, a Microárea 03 apresenta a menor proporção de usuários do SUS (75,8%) e a maior quantidade de indivíduos com plano de saúde (35 pessoas, equivalente a 8,7%). Além disso, 62 moradores estão sem informação quanto à cobertura de saúde, o que pode sinalizar inconsistências no cadastro. A população é majoritariamente adulta (61,2%), com 30,3% de crianças/adolescentes e apenas 8,5% de idosos. A proporção entre os sexos é equilibrada, sendo 207 (51,8%) mulheres e 193 (48,3%) homens. No campo epidemiológico, observa-se a presença de 58 (14,5%) pessoas com HAS, 21 (5,3%) com diabetes mellitus (DM), 31 (7,8%) com transtornos mentais e 21 (5,3%) tabagistas, configurando um território com perfil de agravos diversos e com potencial para ampliação de estratégias de cuidado longitudinal.

A Microárea 04 abriga 187 domicílios, 139 famílias e uma população de 392 pessoas. Dentre estas, 76,7% são usuárias do SUS, 16,8% possuem plano de saúde (maior proporção entre as microáreas) e 25 indivíduos não têm informação registrada.

A população é formada majoritariamente por adultos (62,2%), com 29,8% de crianças/adolescentes e apenas 7,9% de idosos. A distribuição entre os sexos é equilibrada, com 203 (51,8%) mulheres e 189 (48,2%) homens. O perfil epidemiológico revela 60 (15,3%) casos de HAS, 26 (6,6%) de DM, 35 (8,9%) transtornos mentais e 8 (2%) tabagistas. O padrão de distribuição dos agravos sugere um processo de cadastramento mais robusto e uma cobertura relativamente equilibrada da assistência.

A microárea 05 ainda não possui dados cadastrais, representando uma fragilidade para planejamento e vigilância em saúde. Observou-se na prática clínica que suas demandas e vulnerabilidades - incluindo saúde mental, bucal e doenças crônicas - são semelhantes às demais microáreas, mas a análise efetiva dependerá da designação de um novo ACS e da conclusão do cadastramento populacional.

### **Sistema local de saúde**

Os moradores referem não haver dificuldade de acesso ao serviço público de saúde, uma vez que, na maioria das vezes, a UBS atende às demandas agudas da população. Quando necessitam de um atendimento mais pontual, recorrem ao Hospital Doutor Alpheu Gonçalves de Quadros, no bairro Santo Antônio, a 1.94 km de distância da unidade. Porém, referem falta de espaços de saúde com atendimento especializado e, também, de laboratórios para exames.

A UBS Vila Anália II apresenta uma estrutura física ampla e organizada, voltada para o atendimento integral da população. Toda a unidade foi decorada pensando nas diretrizes de humanização e acolhimento ao usuário. A unidade é composta por três consultórios multiprofissionais, um consultório ginecológico, um consultório de puericultura, um consultório de psicologia e um consultório odontológico compartilhado, atendendo a diferentes especialidades de forma integrada. Todos os consultórios são equipados com computadores, mobiliário adequado, pia e materiais necessários para o desenvolvimento das atividades assistenciais.

A eSF Vila Anália II aderiu à modalidade Saúde na Hora em 9 junho de 2025 e oferta serviços à comunidade de segunda a sexta-feira, das 07:00hs às 19:00hs. O acolhimento à demanda espontânea acontece em horário integral, respeitando os princípios e normativas estabelecidas no âmbito do SUS. A escuta qualificada é realizada pelo enfermeiro de 07:00hs às 08:00hs, os casos são discutidos entre

enfermeiro e médico para elencar quem será o profissional responsável pelo atendimento de cada paciente, e também determinar a prioridade e agendamento. Os pacientes que chegam das 08:00hs às 19:00hs com queixa aguda tem a escuta realizada pelos técnicos em enfermagem e são direcionados ao médico ou enfermeiro da sua área ou outro designado no turno, em caso de revezamento de escala do saúde na hora, para a eventual classificação e priorização do atendimento. Caso necessário, o usuário pode ainda ser encaminhado para a sala de procedimentos para a realização de testes rápidos, aferição de pressão arterial ou administração de medicamentos, que fica disponível à população das 08:00hs às 18h30min. Para usuários que não possuem necessidade de atendimento imediato, é realizado agendamento para demanda eletiva na medida da disponibilidade de vagas. As consultas de cuidado continuado, como Pré-natal, Puericultura, Prevenção do Câncer do Colo de Útero (PCCU), HiperDia, Saúde Mental, e Atendimento Domiciliar, feito pela equipe multiprofissional, são previamente agendadas e organizadas em conjunto com os ACS.

O serviço odontológico é disponibilizado por meio de agendamentos prévios e por procura espontânea, sendo o acolhimento garantido durante todo o horário de funcionamento da unidade. Para organizar melhor a demanda espontânea, foi estabelecido um momento específico para escuta qualificada, que ocorre diariamente das 07h30min às 08h30min, no período da manhã, e das 13h30min às 14h30min, no turno vespertino. Após esses intervalos, são iniciadas as marcações de consultas. A triagem dos usuários, realizada pelo cirurgião-dentista, considera a gravidade do quadro apresentado, permitindo direcionar os casos urgentes para atendimento imediato e agendar os demais conforme a disponibilidade, prioridade e necessidade clínica. A rotina assistencial contempla, por turno, uma média de seis atendimentos, sendo dois voltados a urgências e quatro programados.

A metodologia adotada para definir a prioridade clínica segue critérios padronizados com base na Linha Guia de Saúde Bucal, publicada pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). A estratificação do risco considera tanto a intensidade da queixa quanto o potencial de desenvolvimento de agravos bucais. Assim, os usuários são classificados nas categorias: R1, que corresponde a condições ativas de doença; R2, quando há inatividade da doença, mas necessidade de intervenção clínica; e R3, que contempla indivíduos sem alterações significativas, demandando apenas ações de prevenção e manutenção. Além da condição bucal, a

priorização do atendimento também leva em conta o pertencimento a grupos vulneráveis, como gestantes, portadores de doenças crônicas (hipertensão e diabetes), pacientes em tratamento contra o câncer, entre outros, reforçando o princípio da equidade no cuidado.

Quando a demanda está relacionada a um sofrimento psíquico, o acolhimento inicial é feito por profissional de nível superior da equipe, como médico, enfermeiro ou cirurgião-dentista, que realiza uma escuta qualificada visando estabelecer vínculo e compreender o contexto do sofrimento. Utiliza-se, nesse processo, um instrumento de anamnese (adulto ou infantil), que serve como orientador da escuta, mas não como finalidade em si. A escuta ativa constitui a base para o planejamento do cuidado e é posteriormente compartilhada com os demais profissionais da equipe, incluindo a psicóloga, durante as reuniões de matriciamento. Nessa etapa, define-se a conduta clínica mais adequada, que pode envolver atendimentos psicológicos individualizados ou compartilhados com outros membros da equipe e elaboração de plano terapêutico singular.

Além das atividades assistenciais nas unidades, a equipe multiprofissional também realiza atendimentos em grupo e atendimentos domiciliares voltados a indivíduos com mobilidade comprometida ou acamados. Esses cuidados são direcionados principalmente àqueles que necessitam de acompanhamento em diversas dimensões da atenção à saúde e que apresentam barreiras físicas ao deslocamento. As visitas são planejadas de forma articulada entre os profissionais, e agendadas previamente, garantindo a integralidade do cuidado no ambiente domiciliar.

Já as atividades coletivas são realizadas semanalmente, pela equipe multiprofissional e também por profissionais do Saúde aos Montes, às terças, quartas e quintas-feiras e, quinzenalmente, em atividades programadas como o HiperDia. Eventualmente, segundo as datas pactuadas, realiza-se ainda a Chamada Nutricional, ações do Programa Saúde na Escola, e Educações em saúde com a população, que envolvem abordagem multiprofissional e temáticas pertinentes à realidade e necessidade local.

### **Grupos em funcionamento e ações desenvolvidas**

A eSF Vila Anália II conta com o grupo Hiperdia (hipertensos e diabéticos) e,

também, o grupo de tabagistas para usuários que desejam cessar o hábito, que está em processo de implantação. Atualmente está em funcionamento um grupo de ginástica e de pilates de modo conjunto, abrangendo a população das três equipes atuantes na UBS, sendo coordenado por fisioterapeutas e nutricionistas com a participação do Programa Saúde aos Montes.

Na UBS Vila Anália II, os grupos terapêuticos Cantinho Feliz e Florescer, voltados a mulheres usuárias do serviço, promovem saúde mental, fortalecimento de vínculos e protagonismo. Realizados às terças e quintas-feiras das 08h às 09h30, são conduzidos por psicólogos das eSF em parceria com outros profissionais e com apoio dos ACS. As atividades incluem oficinas de expressão manual, visando acolhimento e cuidado integral.

### **Orientação comunitária**

O esforço e investimento nos espaços de educação continuada com a comunidade mostram-se até o momento como principal ferramenta para o diálogo com a população, contribuindo para o aprendizado e também fortalecem o vínculo da equipe com os usuários. O território não conta com um conselho local estruturado. Entretanto a área, mostra-se com pessoas de relevante influência e, tanto a UBS quanto as equipes de saúde têm se empenhado em auxiliar no desenvolvimento e formação de um conselho estruturado e representativo da própria comunidade que possa articular as demandas e queixas do conselho local para com o conselho municipal de saúde. Os canais oficiais de comunicação, como as ouvidorias do ministério da saúde e o site da prefeitura, também são espaços possíveis para que o usuário leve sua demanda até a equipe.

### **Discussão**

A APS no SUS baseia-se em princípios que garantem o acesso universal, a integralidade, a equidade e a coordenação do cuidado, consolidando-se como porta de entrada do sistema (Brasil, 2017). Seus principais atributos incluem o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado (Starfield, 2002). Fundamentada na territorialização e no vínculo comunitário, a APS incorpora a

participação social e a promoção da saúde como diretrizes estratégicas, configurando-se como eixo estruturante para a oferta de serviços resolutivos e adaptados às necessidades da população (Brasil, 2017; Brasil, 2020).

Paralelo a isso, o processo de territorialização durante o processo de formação na residência multiprofissional é uma importante ferramenta para a consolidação de um modelo de atenção primária mais resolutivo. Quando bem realizada, pode transformar a dinâmica do cuidado, tornando-o mais próximo das demandas locais e mais integrado às especificidades culturais e sociais da população, desempenhando um papel fundamental na melhoria da saúde coletiva e no fortalecimento da cidadania (Morgado, 2017).

O vínculo longitudinal constitui um dispositivo central para o cuidado, sendo reconhecido como atributo essencial para modelos de atenção abrangentes e efetivos, devendo estar articulado aos atributos de primeiro contato, integralidade e coordenação do cuidado (Starfield, 2002). Nesse contexto, a ampliação do olhar dos profissionais da Atenção Básica sobre o território revela-se estratégica para superar os limites da unidade de saúde e das práticas do modelo de atenção convencional. Embora não constitua uma solução universal, o vínculo longitudinal representa um ponto de partida fértil para a consolidação de práticas mais integradas e resolutivas na APS (Santos; Rigotto, 2010).

O conhecimento do histórico do território apresentado permitiu a compreensão de trajetórias de desenvolvimento e estruturação dos bairros, padrões de ocupação e fatores culturais que influenciam diretamente as necessidades organizacionais atuais da população. Dessa forma, essa compreensão favorece uma possível definição de novas estratégias de forma mais contextualizadas e assertivas, fortalecendo a efetividade das intervenções além de maior vínculo entre profissionais de saúde e comunidade, como preconizado.

O método cartográfico, mais que uma ferramenta descritiva, constitui um instrumento analítico e estratégico para compreender o território adscrito às equipes da eSF. A elaboração do mapa de territorialização possibilita identificar barreiras, potencialidades e padrões locais, orientando o planejamento e a execução de ações em saúde (Goldstein et al., 2013). Esse processo, na eSF Vila Anália II, integra o conhecimento comunitário às práticas profissionais, reforçando a participação social e contribuindo para a identificação de áreas vulneráveis que demandam maior atenção e equidade no cuidado .

Relatórios nacionais já reconhecem a relevância do conhecimento detalhado dos dados demográficos de uma região para a efetividade da APS, permitindo identificar características populacionais, distribuição etária, densidade populacional, padrões e vulnerabilidades específicas de cada comunidade (Brasil, 2024). Essas informações são fundamentais para orientar o planejamento de ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, adequando os serviços às necessidades reais da população adscrita. Além disso, o levantamento e análise de dados demográficos contribuem para a priorização de recursos, a definição de estratégias territoriais e a avaliação do impacto das intervenções em saúde.

A consideração dos aspectos culturais, educacionais, religiosos, de bem-estar e segurança é fundamental para a efetividade da APS, pois possibilita a oferta de cuidados sensíveis às particularidades locais e sociais da comunidade. Ao reconhecer essas dimensões, as equipes de saúde fortalecem o vínculo com os usuários e promovem ações mais integrais e contextualizadas, alinhadas aos princípios de equidade e integralidade do SUS. Além disso, a valorização dos fatores socioculturais favorece a participação social e a promoção da saúde como eixos estruturantes da APS, garantindo respostas mais adequadas às demandas coletivas e individuais (Brasil, 2017; OPAS, 2024; Starfield, 2002).

Além disso, a APS é orientada pela participação social e pela incorporação do paradigma da promoção da saúde, como elementos estratégicos para o planejamento e execução das ações (Brasil, 2024). Nesse contexto, o reconhecimento e a valorização das dimensões culturais, educacionais, religiosas, de bem-estar e segurança fortalecem o vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade, promovendo uma atenção integral e resolutiva que considera o indivíduo em sua totalidade e em seu contexto social.

O acompanhamento contínuo do quadro epidemiológico e o monitoramento das alterações em cada microárea são essenciais para a efetividade da APS. A análise regular de indicadores permite identificar mudanças na dinâmica populacional e nas necessidades de saúde específicas de cada território (Brasil, 2024; WHO, 2023). O conhecimento detalhado das microáreas possibilita a adaptação das estratégias de intervenção, o planejamento de ações preventivas e educativas mais assertivas e a priorização de recursos de forma equitativa e eficiente. Dessa maneira, o acompanhamento epidemiológico integrado ao mapeamento territorial fortalece a capacidade de resposta das equipes da eSF, assegurando que as ações sejam

contextualizadas, oportunas e alinhadas às novas necessidades insurgentes.

A adequação do sistema local de saúde às especificidades da população constitui um elemento central para a efetividade da APS, garantindo que os serviços oferecidos correspondam às necessidades reais e aos determinantes sociais de saúde da comunidade (Brasil, 2017). Tal adequação envolve a organização de fluxos de atendimento, a distribuição de recursos humanos e materiais, a articulação entre os diferentes níveis de atenção e a incorporação de estratégias territoriais que considerem fatores socioeconômicos, culturais e epidemiológicos locais (Starfield, 2002; Pereira; Silva, 2019). Quando o sistema local é capaz de se ajustar às características específicas de seu território, promove-se maior resolutividade, equidade e integralidade no cuidado.

A implementação de grupos e ações na eSF Vila Anália II evidencia a territorialização como ferramenta para compreender necessidades locais e efetivar os princípios da APS. As atividades promovem socialização, troca de experiências e criação de espaços acolhedores de promoção à saúde adequados à realidade e múltiplas demandas da população. Os mecanismos de orientação comunitária favorecem o diálogo com a população e a construção de estratégias de cuidado contextualizadas. Dessa forma, o funcionamento desses mecanismos e grupos reflete possíveis resultados parciais da territorialização, demonstrando adaptação das ações às demandas locais e fortalecimento do vínculo entre comunidade e equipe, evidenciando a efetividade da ferramenta na operacionalização da integralidade, equidade e participação.

## **Conclusão**

O processo de territorialização de uma nova UBS, com a implementação de uma nova equipe de Saúde da Família, representa um marco importante na reorganização e ampliação referente ao acesso ofertado pelos serviços de saúde, especialmente em regiões que necessitam de maior cobertura. Apesar dos desafios intensificados pela redivisão recente e desconhecimento prévio da área, a adoção de estratégias fundamentadas no diagnóstico situacional mostrou-se de essencial relevância para a continuidade do cuidado na prestação dos serviços de saúde ao nível da atenção primária.

Em decorrência do processo de mapeamento e territorialização, além de ser

possível compreender as necessidades sentidas pela população, possibilitou maior contato com os usuários e oportunizou um atendimento mais humanizado, integral e equitativo conforme preconizado pelas diretrizes do SUS. Tal processo, para além de fortalecer a integração entre profissionais da APS e população, possibilita o acompanhamento contínuo das condições locais de saúde, contribuindo, assim, para o cuidado longitudinal.

## Referências

- BRASIL. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 397, de 16 de março de 2020. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília – DF, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Território e Territorialização na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigilância em Saúde na Atenção Primária*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saiba mais sobre a APS*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/saiba-mais-sobre-a-aps>. Acesso em: 16 out. 2025.
- GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GOLDSTEIN, Roberta A. et al. A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 45-56, 2013.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção em Saúde Bucal*. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MORGADO, Ana Paula Correa Pardal. *A territorialização e o planejamento em uma unidade de saúde*. Londrina, 2017.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- OPAS. *Atenção Primária à Saúde: bases para sistemas de saúde resilientes e equitativos*. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde, 2024.
- PEREIRA, A. C.; SILVA, M. R. Planejamento territorial e adequação dos serviços de saúde à população local. *Revista de Saúde Pública*, v. 53, p. 1-9, 2019.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 8, p. 387-406, 2010.

SILVA, Francinne V.; COIMBRA, Rebeca S.; BERTONCELLO, Paola; SILVEIRA, Denise da S. Estimativa rápida participativa: ferramenta necessária para o planejamento em uma estratégia de saúde de família. *International Seven Journal of Health*, São José dos Pinhais, v. 2, n. 4, p. 50-65, jul./aug. 2023.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. *Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy*. New York: Oxford University Press, 2002.

TERRITORIALIZAÇÃO – Livro. Disponível em:  
[https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO\\_LIVRO.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf). Acesso em: 16 out. 2025.

WHO – World Health Organization. *Primary Health Care and Epidemiological Surveillance: Guidelines for Local Implementation*. Geneva: WHO, 2023.