

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

LEONARDO ALVES FERREIRA ALMEIDA

**O CONHECIMENTO SOBRE O TERRITÓRIO COMO INSTRUMENTO
PARA A AMPLIAÇÃO DA ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA EM ZONAS RURAIS DO MUNICÍPIO DE FORTUNA DE
MINAS**

**BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS
2017**

LEONARDO ALVES FERREIRA ALMEIDA

**O CONHECIMENTO SOBRE O TERRITÓRIO COMO INSTRUMENTO
PARA A AMPLIAÇÃO DA ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA EM ZONAS RURAIS DO MUNICÍPIO DE FORTUNA DE
MINAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof.^a Liliane da Consolação Campos Ribeiro

**BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS
2017**

LEONARDO ALVES FERREIRA ALMEIDA

**O CONHECIMENTO SOBRE O TERRITÓRIO COMO INSTRUMENTO
PARA A AMPLIAÇÃO DA ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA EM ZONAS RURAIS DO MUNICÍPIO DE FORTUNA DE
MINAS**

Banca examinadora

Prof^a. Liliane da Consolação Campos Ribeiro - orientadora

Prof^a Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 16 de novembro de 2017.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à população fortunense e a toda sua equipe de saúde que, mesmo em um cenário de cortes e congelamento de gastos significativos na área da saúde, batalham para oferecer um atendimento em saúde digno e humanizado.

AGRADECIMENTOS

Existe uma grande diferença entre se tornar médico e se reconhecer como médico. O título de médico é conferido ao estudante que, em 6 anos de universidade, recebe seu diploma. Reconhecer-se como médico envolve ir além. É um processo que se dá nos encontros e desencontros da vida. Em cada ato de carinho, sorrisos, lágrimas. Em cada florescer e desabrochar da vida. Me reconhecer como médico ocorreu a partir do meu envolvimento com os meus pacientes. Especialmente os fortunenses, com os quais tive o prazer de iniciar minha trajetória profissional e que me ensinaram muito sobre medicina de família e os cuidados básicos de saúde. Agradeço também a todos da cidade de Fortuna de Minas que me receberam tão bem, principalmente tia Ilma e Clevis por me acolherem em sua casa.

Agradeço aos meus pais - Mara e José Roberto - por todo amor, esforço e sabedoria que me transformaram na pessoa e no profissional que eu sou. Conquista que se deu através de muito trabalho.

Agradeço ao meu irmão Rafael, que sempre esteve ao meu lado e compartilhou valorosos ensinamentos sobre a pesquisa acadêmica com pessoas.

Agradeço também a Prof^a. Liliane da Consolação Campos Ribeiro, orientadora deste trabalho pelas valiosas contribuições para minha pesquisa.

Agradeço também a todos os meus amigos, em especial ao Pedro, e colegas de profissão que viabilizaram este trabalho, quer seja por meio de uma palavra de apoio, quer seja por meio de trocas de experiências. Esta conquista também é de vocês.

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

(Heidegger)

RESUMO

A municipalização dos serviços de saúde constitui diretriz operacional do Sistema Único de Saúde (SUS) e preconiza a definição do território, em especial no âmbito da Rede de Atenção Básica. De acordo com este ideal, a noção de território inclui não somente a necessidade de se delimitar uma área, mas também representa uma base de abrangência populacional específica para a implementação de novas práticas em saúde com equidade e integralidade de ações. O município de Fortuna de Minas possui apenas uma equipe de saúde da família responsável pela zona urbana da cidade e por uma extensa zona rural de difícil acesso. Este estudo objetivou elaborar um projeto de intervenção com vistas à identificação e distribuição espacial das características culturais, demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas visando à melhoria da cobertura de ações em saúde. Com o intuito de aumentar a abrangência de ações em saúde em zonas rurais do município, elaborou-se esse projeto de intervenção com base no Planejamento Estratégico Situacional (PES). Para tanto, a partir da observação ativa dessa população alvo, foi traçado um perfil epidemiológico para a execução de um plano de ações que respondesse às principais demandas desse território. Após a efetivação das ações, conclui-se que o conhecimento sobre esse território foi instrumento primordial para uma maior abrangência da estratégia saúde da família.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Território.

ABSTRACT

The municipalization of health services constitutes one of the main branches of Brazilian public health system (Sistema Único de Saúde - (SUS) - Portuguese translation). In this context, the definition of territory express not only the need of delimiting an area, but the need of drawing a territory that embraces a certain population to foster specific health practices that guarantee equity. The city of Fortuna de Minas, where this study took place, has only one health professionals team which takes care of both urban and the vast rural area of the city. This study aimed to elaborate a project of intervention in order to identify spatial distribution of the cultural, demographic, socioeconomic and epidemiological characteristics that could impact the coverage of health actions. The interventional project aimed to improve health services in the rural area based on Planejamento Estratégico Situacional - PES - which is an intervention strategy planned after a diagnosis of a public health issue. To achieve our goals we used active observation of the population. We also draw the epidemiological profile of the habitants that helped to create a scheme of actions that answered the demands of the population in Fortuna de Minas. After the intervention took place, we noticed that the knowledge of the territory was vital to foster strategies in health services that encompass a greater number of people.

Key words: Family health strategy. Primary health care. Territory.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Breves informações sobre o município de Fortuna de Minas	10
1.2 O sistema municipal de saúde	10
1.3 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Maria da Conceição Resende, seu território e sua população.....	11
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	12
1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)	12
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO DE LITERATURA	17
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Fortuna de Minas

Fortuna de Minas é um município de Minas Gerais com área de 198,71km², densidade demográfica de 13,61 habitantes/km², segundo o censo de 2010 e com população estimada em 2016 de 2.932 pessoas conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016).

Em relação à educação, os fortunenses podem se considerar bem posicionados, uma vez que, em 2015, os alunos das séries iniciais da rede pública alcançaram nota média de 6.9 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) e os alunos dos anos finais obtiveram nota 5.6. Comparando essas notas com as dos 853 municípios de Minas Gerais, a posição dos alunos das séries iniciais ficou no 53º lugar e os alunos dos anos finais em 25º. A taxa de escolarização, para pessoas de 6 a 14 anos, foi de 98.6 em 2010 (IBGE, 2016).

O município tem 50% de domicílios com rede de esgoto sanitário adequado, 71.1% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização.

1.2 O sistema municipal de saúde

Por ser um município de pequeno porte, Fortuna de Minas não conta com serviços de saúde de média e alta complexidade, sendo os atendimentos prestados pelo município todos no âmbito da atenção primária. Assim, a Prefeitura disponibiliza ambulâncias de plantão que realizam o encaminhamento de pacientes para os serviços de urgência em Sete Lagoas, município conveniado que dista aproximadamente 35km de Fortuna de Minas.

Para atendimentos de maior complexidade, o município conta com a rede conveniada do Sistema Único de Saúde (SUS) em Sete Lagoas, município de referência. Diante deste perfil, a única Unidade Básica de Saúde (UBS) do município funciona diariamente, com horário de funcionamento diferenciado durante os finais de semana. De segunda a sexta, a UBS funciona de 07h às 19h e, aos fins de semana, o funcionamento é de 07h às 16h.

A cidade conta com apenas uma Equipe Saúde da Família que atende as demandas tanto da zona urbana quanto da extensa zona rural, composta de três povoados: Córrego de Areia, Beira Córrego e Três Barras. Apesar de sua população

diminuta, a cidade possui território vasto que nem sempre é de fácil acesso, principalmente os povoados da zona rural, cujo acesso é feito por estrada de terra e passando por fazendas. O trajeto até esses povoados chega a demorar até 40 minutos de carro para ir e voltar. Em épocas de chuva, esse acesso torna-se ainda mais desafiador, uma vez que há formação de lama e barro que dificulta o trânsito por veículos automotivos. Como a população rural, em geral, não dispõe de meios de transporte próprios, o município disponibiliza um ônibus municipal encarregado de fazer apenas uma viagem diária de ida e volta até o centro urbano para que a população possa realizar compras e, inclusive, se consultar.

A UBS Maria da Conceição Resende conta com apenas uma Equipe Saúde da Família que presta serviços e atende toda a população do município de Fortuna de Minas. Existem três pequenos postos de saúde nas zonas rurais que servem de ponto de apoio da ESF, uma unidade da Farmácia de Minas e uma unidade da academia da saúde.

1.3 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Maria da Conceição Resende, seu território e sua população.

A média de atendimentos diários na zona urbana é de 30 consultas, sendo 15 consultas agendadas e 15 consultas de livre demanda triadas pela enfermeira da UBS. Nos dias em que o médico da ESF atende e cobre as zonas rurais, a UBS conta com um médico plantonista para atender e acolher a população urbana. A UBS também conta com uma equipe de apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composta por psicóloga, fonoaudióloga, fisioterapeuta e educadora física.

Há também médicos de suporte em especialidades, sendo um pediatra, um ginecologista e um cardiologista que atende uma média de 60 consultas/mês cada. A referência do município de Fortuna de Minas para demais atendimentos em atenção secundária e terciária em saúde é o município de Sete Lagoas.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Após reuniões de equipe e elaboração do diagnóstico situacional do município de Fortuna de Minas, foi possível estabelecer um panorama das dificuldades e desafios encontrados em relação ao cuidado e à assistência a população. Dentre os problemas elencados, destacam-se aqueles relacionados à área de abrangência da ESF, que presta atendimentos predominantemente à população urbana em detrimento de sua extensa zona rural; aqueles relacionados ao trabalho em equipe que, apesar de apresentar bom entrosamento e alinhamento, ainda carece de políticas e ações coordenadas voltadas para as comunidades rurais; aqueles relacionados aos problemas de saúde prevalentes, como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) sem o acompanhamento longitudinal devido preponderantemente em zonas rurais, onde o acesso é dificultado; aqueles relacionados à comunidade em geral como única ESF para conciliar atendimento tanto à população urbana quanto rural; e aqueles relacionados ao sistema local de saúde, como falta de cumprimento do pacto assistencial e do fluxo do programa de redes de urgência e emergência pelo município referência e conveniado.

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

No Quadro 1 encontram-se apresentados os problemas e respectivos graus de importância, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe.

Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Maria da Conceição Resende, município de Fortuna de Minas, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
ESF única para cobrir a população do município, tanto urbana quanto rural	Baixa	2	Fora	3
Rede de atenção secundária e terciária	Média	5	Parcial	2

deficiente				
Falta de dados sobre a população rural, que é significativa e de difícil alcance.	Alta	7	Total	1
Doenças crônicas, como DM e HAS sem o devido controle, principalmente em zonas rurais	Alta	7	Total	1
Coleta de esgoto predominante no meio urbano, mas ainda há número significativo de casas em zona rural que utilizam fossa	Baixa	2	Fora	3
Boa articulação e comunicação entre a equipe, mas atuação dificultada na zona rural	Alta	7	Total	1
Inexistência de agenda voltada para população rural e falta de motoristas e carros para acesso ao território	Alta	7	Parcial	3

Fonte:

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Com base nos problemas anteriormente apresentados, a equipe de saúde considerou de importância e urgência para este momento, em termos de investimento, priorizar a “Inexistência de agenda voltada para população rural e falta de motoristas e carros para acesso ao território”

2 JUSTIFICATIVA

O município de Fortuna de Minas consta com uma população diminuta de aproximadamente três mil habitantes, mas dispersa em um território vasto. Além do centro urbano onde se localiza a ESF Maria da Conceição Resende, o município conta com três zonas rurais, as comunidades de Córrego de Areia, Beira Córrego e Três Barras.

Essas comunidades são relativamente distantes do município e os membros desses povoados são carentes e altamente dependentes do transporte vinculado à prefeitura do município para ter acesso aos serviços de saúde. Muitos indivíduos sequer realizam o cuidado contínuo e longitudinal de seus problemas de saúde, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), seja pelo difícil acesso ao centro urbano, seja pela falta de agenda específica ou pelas escassas visitas da equipe a zona rural.

Não obstante, os dados em saúde sobre essa população são exíguos, tendo ocorrido, inclusive, uma morte confirmada por febre amarela em função da falta de levantamentos sobre a cobertura vacinal dessa população rural.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção com vistas à identificação e distribuição espacial das características culturais, demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas visando à melhoria da cobertura de ações em saúde.

4 METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho, foi elaborado um projeto de intervenção cuja execução ocorreu no município de Fortuna de Minas/MG, durante o período de abril de 2017 a setembro de 2017. Foi utilizado como norteador o Planejamento Estratégico Situacional (PES) de acordo com Campos, Faria e Santos (2010). A partir desta estratégia, realizou-se uma reunião com a equipe de saúde da família com o intuito de estabelecer um diagnóstico situacional com a identificação de problemas prioritários enfrentados. Com base nesta avaliação e no reconhecimento de seus nós críticos, foi realizado um plano de ações.

Elegeram-se como problema prioritário a abrangência e o alcance limitados da estratégia saúde da família em zonas rurais do município de Fortuna de Minas/MG. Uma vez definido o problema de saúde, o passo seguinte foi a coleta de dados sobre os indivíduos residentes no território de zonas rurais pertencentes à área de atuação da ESF. Devido à escassez de informações sobre o território analisado em relatórios do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), definiu-se que a coleta de dados seria por meio dos agentes comunitários de saúde (ACS) responsáveis por cobrir as zonas rurais do município.

Dessa forma, foi solicitado aos ACS um levantamento acerca dos indivíduos pertencentes à sua área com estado vacinal desatualizado e com comorbidades como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) sem o devido acompanhamento longitudinal de seus problemas de saúde.

Utilizou-se também revisão da literatura científica na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com o intuito de identificar publicações que tratassem sobre o conhecimento do território como ferramenta imprescindível para a implementação da Estratégia Saúde da Família e a efetivação de suas ações.

Os descritores utilizados foram: Atenção Primária a saúde, Estratégia Saúde da Família e Território.

Também foram pesquisados Programas do Ministério da Saúde.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A Rede de Atenção à Saúde é uma estrutura organizativa composta pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde em um território geográfico específico. O objetivo desta rede é assegurar que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços prestados, sendo a principal porta de entrada e de interlocução a Atenção Básica (BRASIL, 2009).

Ainda de acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, p.9):

A construção de redes regionalizadas de atenção à saúde pode fortalecer os processos de cooperação entre municípios, estado e federação, contribuindo para a diminuição das iniquidades, bem como ampliando o grau de co-gestão entre distintos atores, por meio da pactuação de responsabilidades complementares e interdependentes sobre a produção de saúde em uma dada região

O funcionamento da rede de Atenção Básica, ou Primária, ocorre por meio da implementação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de uma equipe multiprofissional que representa a Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja composição mínima é por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre quatro a seis agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), a ESF precisa atuar ativamente em seu território de abrangência, o que torna primordial a identificação de microáreas de risco, isto é, áreas com barreiras geográficas, culturais ou com indicadores de saúde ruins e vulnerabilidades que impeçam a chegada de usuários e sua interlocução com o serviço de saúde primário.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é um produto da experiência acumulada de vários atores envolvidos historicamente com a construção, o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como usuários, trabalhadores, gestores das três esferas de governo e movimentos sociais. Os princípios e diretrizes da PNAB abarcam o conceito de território adstrito para viabilizar o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais, bem como o ideal de adscrição de usuários, de modo a estabelecer vínculo e responsabilização entre a equipe e a população adscrita, garantindo, assim, a continuidade das ações em saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Considerando que a Atenção Básica se organiza sobre uma base territorial, assume-se que a distribuição dos serviços de saúde ofertados por essa rede inclui a perspectiva de delimitação de áreas de abrangência. As próprias diretrizes estratégicas do SUS estabelecidas pela Lei 8080/90 valorizam a definição do território para as ações em saúde (BRASIL, 2001).

Como coloca Mendes (1993), o município representa o nível inferior com relação à política de saúde no processo de descentralização e, em sua área de atuação, devem ser priorizadas ações de atenção, promoção e prevenção, de modo que as intervenções sobre os problemas reflitam em mudanças das condições de vida das populações. Já que a organização da Atenção Básica segue os princípios da regionalização e hierarquização, é de suma importância, então, a delimitação de uma base territorial como área de abrangência das UBS para a atuação da equipe de saúde da família.

Silva e Andrade (2013) destacam que na ESF, uma área de abrangência, percebida como um território ativo, dinâmico de produção do cuidado fica sob a responsabilidade de uma equipe e, dentre seus membros, os agentes comunitários de saúde são aqueles que desenvolvem atividades de promoção da saúde, interferindo, inclusive, nos fatores ambientais que refletem na saúde individual e da comunidade.

Monken e Barcellos (2005) afirmam que o território representa muito mais que uma extensão geométrica, estando nele caracterizados também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que se expressam em uma área em permanente construção. O território, nesse sentido, pode ser considerado um produto de situações ambientais, sociais e históricas que se somam e promovem condições particulares para a produção de doenças. O mapeamento e o conhecimento do território surgem, portanto, como instrumento básico para a caracterização da população nele residente e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto das intervenções em saúde nele realizadas.

Também Santos e Rigotto (2011, p. 389) assim se expressam em relação ao território:

Para além da dimensão político-operativa do sistema de saúde, o território, na condição de cotidiano vivido no qual se dá a interação entre as pessoas e os serviços de saúde no nível local do SUS, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com

problemas de saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral.

Um estudo realizado por Nascimento e Nascimento (2005) revela a importância da transformação de perspectiva no processo de trabalho de uma enfermeira que, a princípio, visualiza o território como uma pura delimitação geográfica e descobre, em seguida, um grupo de pessoas em sua área de atuação com problemas específicos, condições de vida características e determinado perfil epidemiológico. A percepção dessa pluralidade de significados que o território incorpora é primordial para o processo de trabalho e planejamento de ações em saúde. É preciso compreender que sobre o espaço é exercido poder, não necessariamente poder político-administrativo, mas também o poder subjetivo e transformador na construção da identidade. É em um determinado espaço que um agrupamento de indivíduos vivencia seus problemas e anseios diários, criam um sentimento de pertencimento e uma identidade, o que leva a formação de territórios distintos. Assim, a área de abrangência de uma UBS pode cobrir e ser constituída de diferentes territórios.

Para Santos (2003, p.46):

O território é o chão e mais a população, isto é uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre as quais ele influi. Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que está falando em território usado, utilizado por uma população.

Existem poucos estudos sobre os territórios de zonas rurais brasileiras, em parte pela grande extensão geográfica do país, pela multiplicidade de cenários e diferenças sócio-culturais e também pelo alcance relativamente recente da Rede de Atenção Básica efetivamente a essas áreas. Em uma revisão sistemática sobre a definição de saúde em áreas rurais de países ocidentais desenvolvidos como Estados Unidos, Canadá e Austrália, Gessert et al. (2015) destacam a necessidade de expandir pesquisas nesse campo, principalmente em nações em desenvolvimento, dada a escassez de dados sobre esses territórios.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Dando sequência aos passos propostos pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES), para elaboração desta proposta de intervenção, apresentaremos para cada nó crítico identificado pela equipe sua operação, resultados e produtos esperados além das pessoas responsáveis e sua gestão conforme apresentado nos Quadros 2, 3, e 4.

Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico 1 - "Visitas (i) regulares a zona rural" - relacionado ao problema "Inexistência de agenda voltada para população rural e falta de motoristas e carros para acesso ao território", nos povoados de Córrego de Areia, Beira Córrego e Três Barras, em Fortuna de Minas, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Limitação ou falta de acesso aos serviços de saúde pelos povoados das zonas rurais do município por meio de visitas regulares ao território.
Operação	Articulação de equipe, de modo a criar e estabelecer agenda de cuidados e visitas regulares às zonas rurais pelos diversos profissionais de saúde para acompanhamento longitudinal da população e conforme demanda
Projeto	"Saúde na Zona Rural" .
Resultados esperados	Prestação de cuidados em saúde, atendimentos e consultas no território dos povoados da zona rural em atividade.
Produtos esperados	Fortalecimento do vínculo com a população rural e potencialização da abrangência da ESF.
Atores sociais / responsabilidades	População dos povoados de Córrego de Areia, Beira Córrego e Três Barras e profissionais de saúde da ESF, Secretaria Municipal de Saúde
Recursos necessários	Financeiro: Aquisição de veículos apropriados e contratação de motoristas habilitados para visitas regulares a zona rural. Estrutural: Unidade de apoio no território para realização de consultas e atendimentos. Político: Solicitação de recursos adicionais pela Secretaria Municipal de saúde às esferas estadual e federal.
Recursos críticos	Financeiro: Aquisição de veículos apropriados e contratação de motoristas habilitados para visitas regulares a zona rural.
	Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde.

Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Motivação: Melhor acompanhamento longitudinal da população rural
Ação estratégica de motivação	Reunião dos profissionais de saúde da ESF com a Secretaria Municipal de Saúde expondo a demanda reprimida existente no território da zona rural e a necessidade de aquisição de veículos e contratação de motoristas para visitas programadas.
Responsáveis	Profissionais de saúde da ESF, no município de Fortuna de Minas, Minas Gerais.
Cronograma / Prazo	Junho a Julho de 2017.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Levantamento de dados após visitas regulares às zonas rurais, de modo a estabelecer as demandas em saúde em cada território visando melhor acompanhamento longitudinal.

Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico 2 - "Acompanhamento longitudinal de comorbidades" relacionado ao problema "Inexistência de agenda voltada para população rural e falta de motoristas e carros para acesso ao território", nos povoados de Córrego de Areia, Beira Córrego e Três Barras, em Fortuna de Minas, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Realizar o cuidado continuado de comorbidades de elevado risco cardiovascular, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, em pacientes residentes de áreas rurais.
Operação	Fazer levantamento epidemiológico e busca ativa de pacientes hipertensos e diabéticos em zonas rurais do município de Fortuna de Minas. Realizar o cuidado continuado destas afecções no próprio território de residência dos pacientes.
Projeto	"Saúde em dia".
Resultados esperados	Prevenir complicações relacionadas a hipertensão e diabetes, bem como reduzir o risco cardiovascular e a morbimortalidade relacionada a essas doenças a longo prazo.
Produtos esperados	Promover o cuidado continuado e o acompanhamento longitudinal da saúde do indivíduo residente em áreas rurais.
Atores sociais / responsabilidades	População dos povoados de Córrego de Areia, Beira Córrego e Três Barras e profissionais de saúde da ESF.
Recursos necessários	Estrutural: Unidade de apoio no território para realização de consultas e atendimentos. Cognitivo: Conhecimento sobre a população de hipertensos e diabéticos adscrita ao território para a realização de atendimentos de cuidado continuado. Grupos operativos, reuniões, palestras e discussões participativas entre a comunidade e os profissionais

	de saúde.
Recursos críticos	Cognitivo: Conhecimento sobre a população de hipertensos e diabéticos adscrita ao território, realização de atendimentos de cuidado continuado, grupos operativos, reuniões, palestras e discussões participativas entre a comunidade e os profissionais de saúde.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Profissionais de saúde da ESF. Motivação: Estabelecer vínculo do paciente com o serviço de saúde para cuidado continuado de comorbidades, reduzindo o risco cardiovascular.
Ação estratégica de motivação	Visitas regulares para atendimentos de cuidado continuado a população de hipertensos e diabéticos residentes em zonas rurais. Realização de grupos operativos, reuniões, palestras e discussões participativas entre a comunidade e os profissionais de saúde.
Responsáveis	Profissionais de saúde da ESF, no município de Fortuna de Minas, Minas Gerais
Cronograma / Prazo	Julho a Setembro de 2017.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Agenda de visitas regulares voltadas para a população de hipertensos e diabéticos em áreas rurais visando o cuidado continuado destas afecções. Controle epidemiológico dessa população alvo pelos profissionais de saúde da ESF por meio de boletins mensais. Preparo dos profissionais e registro dos encontros, grupos e atendimentos.

Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico 3 - "Cobertura vacinal dos indivíduos residentes em comunidades rurais" relacionado ao problema "Inexistência de agenda voltada para população rural e falta de motoristas e carros para acesso ao território", nos povoados de Córrego de Areia, Beira Córrego e Três Barras, em Fortuna de Minas, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Realizar levantamento epidemiológico sobre o estado vacinal, controle e ampliação da cobertura vacinal da população rural.
Operação	Realizar conferência, atualização e confecção de novos cartões de vacina. Estabelecer métodos de busca ativa da população e mutirões de vacinação, especialmente contra a Febre Amarela, organizados pela equipe da ESF visando a ampliação da cobertura vacinal.
Projeto	<i>“Vacinação: mais proteção para todos”.</i>
Resultados esperados	Erradicar a ocorrência de Febre Amarela em zonas rurais do município.
Produtos esperados	Conscientizar e mobilizar a população da zona rural sobre a

	importância da vacinação e do estado vacinal atualizado. Aumentar a cobertura vacinal dessa população.
Atores sociais / responsabilidades	População dos povoados de Córrego de Areia, Beira Córrego e Três Barras e profissionais de saúde da ESF.
Recursos necessários	Estrutural: Lotes de vacinas disponíveis e suficientes conforme levantamento para cobrir as comunidades rurais. Cognitivo: Levantamento epidemiológico sobre o estado vacinal da população do território, busca ativa de usuários e mutirões de vacinação. Político: Envio de cartilhas e materiais sobre a importância da vacinação no combate à Febre Amarela pelo Ministério da Saúde
Recursos críticos	Estrutural: Lotes de vacinas disponíveis e suficientes conforme levantamento para cobrir as comunidades rurais.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Profissionais de saúde da ESF. Motivação: Evitar surto de Febre Amarela e demais doenças preveníveis por meio de vacinação
Ação estratégica de motivação	Realização de palestras e campanhas de vacinação no território, distribuição de materiais e cartilhas com orientações sobre a importância da vacinação.
Responsáveis	Profissionais de saúde da ESF, no município de Fortuna de Minas, Minas Gerais
Cronograma / Prazo	Julho a Agosto de 2017.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Controle estrito do estado vacinal do indivíduo por meio de cartão de vacinação com cronograma de vacinas a serem aplicadas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sucesso de ações em saúde depende do conhecimento do território como um espaço singular cuja identidade dependerá da sua história de construção. A municipalização, como diretriz operacional do Sistema Único de Saúde, deve incorporar esse ideal de base territorial de abrangência populacional para a implementação de novas práticas em saúde.

No contexto do município de Fortuna de Minas, as ações de intervenção propostas visam a reversão da demanda reprimida existente no território da zona rural, o controle estrito do estado vacinal dessa população e o estabelecimento de vínculo e uma agenda de cuidados com visitas regulares. Com isso, almeja-se uma prestação de serviços em saúde ampla, com ações de promoção e prevenção, além de atendimentos e consultas no próprio território rural.

Dessa forma, a criação de um plano de ação utilizando o Planejamento Estratégico em Saúde foi essencial para definir os nós críticos relacionados à assistência à saúde do município. A partir das visitas regulares programadas ao território, foi possível um levantamento de dados sobre essa população, de modo a estabelecer as demandas em saúde de cada povoado da zona rural. Ocorreu também um fortalecimento do vínculo da população rural adscrita e uma potencialização da abrangência da Estratégia Saúde da Família.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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), 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Redes de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família Caderno 1 **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: MS, 2000.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

GESSERT, C. et al. Rural definition of health: A systematic literature review. **BioMed Central**. V. 15, p. 378, 2015

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@**. Brasília,[online], 2016. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em:

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distritos Sanitários: Processo Social de Mudanças nas Práticas Sanitárias para o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1993.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 21, n. 3, p.898-906, 2005.

NASCIMENTO, M.S.; NASCIMENTO, M. Â. A. do. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 333 – 345, 2005.

SANTOS, Milton. **Por outra globalização** – do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2003, 174p.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2011

SILVA, N. C.; ANDRADE, C. S. Agente comunitário de saúde: questões ambientais e promoção da saúde em comunidades ribeirinhas. **Trab. educ. saúde**, v. 11, n. 1, p. 113-128, abr. 2013

UNGLERT, C.V.S. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: MENDES, E,V (org) **Distritos Sanitários: Processo Social de Mudanças nas Práticas Sanitárias para o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993.