

EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: TERRITORIALIZAÇÃO E DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Júlia Valente Albuquerque¹;

Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros, MG.

<http://lattes.cnpq.br/7302423206250224>

Andressa Prates Sá²;

Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros, MG

Taynara Da Glória Martins³;

Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros, MG.

Larissa Do Nascimento Barros⁴.

Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros, MG.

RESUMO: O estudo teve como propósito realizar o diagnóstico situacional e a territorialização da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Anderson Braga II, buscando identificar o perfil da população adscrita. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e quantitativo, desenvolvido por uma equipe de residência multiprofissional entre março e agosto de 2024. A coleta de dados secundários foi realizada por meio de plataformas institucionais, como o Sistema Vivver, relatórios da Vigilância Epidemiológica e mapa dinâmico do território. A ESF Anderson Braga II abrange 884 famílias, totalizando 2.551 indivíduos, com predominância do sexo feminino (52%). A microárea 08 apresentou o maior número de indivíduos cadastrados e a microárea 14 destacou-se com o maior índice de risco mínimo, conforme a escala de Coelho-Savassi. Observou-se aumento expressivo no número de atendimentos após a chegada dos residentes, que contribuíram para um acolhimento mais qualificado. Um ano após, realizou-se atualização dos dados referentes ao quantitativo de indivíduos cadastrados em suas respectivas microáreas, permitindo avaliar mudanças na cobertura populacional e na demanda por serviços. A inserção dos residentes favoreceu melhor avaliação das necessidades locais, possibilitando a implementação de ações mais efetivas, resultando em maior qualidade da assistência e fortalecimento da atenção à saúde comunitária.

PALAVRAS-CHAVE: Diagnóstico situacional. Atenção Integral à Saúde. Sistema Único de Saúde.

EXPERIENCE FROM A MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY PROGRAM: TERRITORIALIZATION AND SITUATIONAL ANALYSIS IN A FAMILY HEALTH UNIT

ABSTRACT: The study aimed to conduct a situational diagnosis and territorial mapping of the coverage area of the Anderson Braga II Family Health Strategy (ESF), seeking to identify the profile of the registered population. This is a descriptive, cross-sectional, and quantitative study, carried out by a multiprofessional residency team between March and August 2024. Secondary data were collected through institutional platforms such as the Vivver System, Epidemiological Surveillance reports, and a dynamic territory map. The Anderson Braga II ESF covers 884 families, totaling 2,551 individuals, with a predominance of females (52%). Microarea 08 had the highest number of registered individuals, while microarea 14 stood out with the highest minimum risk index, according to the Coelho-Savassi scale. A significant increase in the number of consultations was observed after the arrival of the residents, who contributed to more qualified care. One year later, an update of the data regarding the number of registered individuals in their respective microareas was conducted, allowing the assessment of changes in population coverage and service demand. The inclusion of residents facilitated a better evaluation of local needs, enabling the implementation of more effective actions, resulting in higher quality care and strengthening community health attention.

KEY-WORDS: Situational diagnosis. Comprehensive health care. Brazilian Unified Health System (SUS).

INTRODUÇÃO

Conhecida como a porta de entrada dos usuários, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa atender às necessidades majoritárias de saúde de uma população de forma regionalizada, contínua e sistematizada, integrando ações curativas, bem como promovendo a saúde, prevenindo doenças e seus agravantes, diagnosticando e reabilitando os indivíduos e a comunidade de acordo com cada território. O diagnóstico situacional aliado a territorialização representam um instrumento de demarcação e reconhecimento territorial da área geográfica da assistência prestada, serviços disponíveis na região, identificação dos líderes da comunidade, espaços sociais e ainda fatores agravantes à condição de vida da população e constitui neste contexto, proposta capaz de possibilitar o conhecimento adequado da população adscrita a fim de direcionar o cuidado em saúde para as prioridades dessa população. (MATTA, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A ESF valida a ideologia do SUS, ao garantir o acesso à saúde de forma integral e equânime, sendo prioritária para a organização e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. (BORGES apud GUSSO, 2018).

O atendimento prestado nas Unidades de Saúde da Família (USF) é multiprofissional, composto por uma ESF com carga horária de 40 horas semanais, que tenha no mínimo um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS), cuja quantidade deve ser definida de acordo com a base populacional. Pode ser acrescentado a essa composição um cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal e o agente de combate às endemias. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023)

Conhecida como a porta de entrada dos usuários, visa atender às necessidades majoritárias de saúde de uma população de forma regionalizada, contínua e sistematizada integrando ações curativas, bem como promovendo a saúde, prevenindo doenças e seus agravantes, diagnosticando e reabilitando os indivíduos e a comunidade de acordo com cada território. A territorialização e diagnóstico situacional constitui neste contexto, proposta capaz de possibilitar o conhecimento adequado da população adscrita a fim de direcionar o cuidado em saúde para as prioridades dessa população. (MATTA, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Nesse contexto, a lógica de formação disciplinar da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade é desenvolvida nos espaços formativos conectados à vida e ao contexto social de uma comunidade adscrita a um território da ESF, uma vez que a aprendizagem se baseia nas experiências do território. Na modalidade multiprofissional, o grupo é formado por pelo menos três profissões, que juntos assumem o cuidado em determinada área de concentração como equipe, preservando, entretanto, as competências e habilidades próprias de cada profissão. (FLOR, 2025)

Dessa forma, a inserção da residência multiprofissional no SUS, contribui para a qualificação da APS, aprimorando o diagnóstico situacional, a territorialização e o planejamento das ações de saúde, de modo a garantir um cuidado mais integral, contínuo e efetivo à comunidade. (FLOR, 2025).

OBJETIVO

Realizar o diagnóstico situacional através da territorialização na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Anderson Braga II, localizado na cidade de Buritizeiro/MG, a fim de reconhecer as principais necessidades em saúde da população que reside nesse espaço geográfico e identificar o perfil da comunidade adscrita, possibilitando à equipe de saúde local a execução de um planejamento do cuidado mais assertivo, buscando entender quais ações e abordagens utilizar para atenuar os problemas apontados durante o diagnóstico.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e quali-quantitativo, de natureza aplicada, transversal e quali-quantitativo, de natureza aplicada, com objetivo descritivo, realizado em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Buritizeiro/MG, no período de março a agosto de 2024. A pesquisa foi conduzida por meio de pesquisa de levantamento, com objetivo de coletar informações sobre a população adscrita por meio de dados sistemáticos obtidos com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dados secundários como sistema Vivver, sites da prefeitura municipal de Buritizeiro, IBGE, e Sala de Situação disponível no site do governo, sem intervenção ou manipulação de variáveis.

Após as coletas de dados primários e secundários foi estruturado o trabalho e o desenvolvimento do mapa do território. Foi realizada confecção de mapa, visitas ao território juntamente com os agentes comunitários de saúde, realização de tomadas fotográficas de todos os espaços sociais e áreas de risco, análise de relatórios do E-SUS, relatório de cadastro individual e domiciliar, relatório de desenvolvimento e territorialização, planilha dos agentes comunitários de saúde e trabalho de diagnóstico situacional realizado por uma equipe de residência multiprofissional.

O estudo seguiu as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS nº 466/12, garantindo confidencialidade e sigilo das informações obtidas junto aos participantes, mesmo sendo baseada em dados secundários e entrevistas com informantes-chave.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O território analisado apresenta desafios estruturais e sociais que impactam diretamente a qualidade de vida de seus moradores. A oferta educacional é limitada, com apenas duas escolas de ensino fundamental e ausência de instituições de ensino médio, o que compromete o acesso à educação e a permanência dos estudantes. A religiosidade se destaca como elemento central na vida comunitária, especialmente pelas igrejas protestantes e pela Igreja Católica. Apesar do acesso à água tratada, energia elétrica e coleta de lixo, há carência de infraestrutura, como ruas não pavimentadas e deficiências no comércio local, que não supre adequadamente às demandas da população. A escassez de espaços de lazer e convivência, somada à presença de lotes vagos e descarte inadequado de lixo, evidencia a necessidade de políticas públicas que promovam urbanização, saúde, segurança e bem-estar social.

Com relação ao número total de famílias no território de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Prefeito Anderson Braga II, no ano da primeira coleta de dados, correspondeu a 884 e em relação ao número de indivíduos, 2.551, sendo predominantemente mulheres do sexo feminino 1.347(52%) e 1.204(48%) do sexo masculino.

Com objetivo de facilitar o reconhecimento das principais necessidades em saúde da população que reside no território e identificar o perfil da comunidade adscrita, foi

identificado o número de indivíduos de cada microárea, sendo a microárea 08 com total de 424; microárea 09 com 364; microárea 10 com 361; microárea 11 com 416; microárea 12 com 243; microárea 13 com 327 e microárea 14 com 416 indivíduos cadastrados. O maior número de indivíduos cadastrados foi encontrado na microárea 08 representando cerca de 16,62% do total de usuários.

Tabela 1: Grupos prioritários distribuídos por Microáreas da Equipe de Saúde da Família Anderson Fonseca
Braga II, Buritizeiro/MG, 2024

	Microárea 08	Microárea 09	Microárea 10	Microárea 11	Microárea 12	Microárea 13	Microárea 14
Diabéticos	59	28	45	11	25	39	41
Hipertensos	115	70	111	85	69	76	102
Gestantes	2	0	0	2	0	2	2
Crianças	21	17	13	24	21	20	29
Tuberculose	0	0	0	0	2	0	0
Hanseníase	0	0	1	0	0	0	0
Saúde Mental	0	2	7	6	4	5	7
Acamados	1	1	7	1	2	7	4

Fonte: Relatório VIVVER, 2024

Entende-se que a maior quantidade de pacientes com a doença Diabetes e Hipertensão encontra-se na microárea 08, seguido da microárea 10. O maior número de crianças, na microárea 14. Em relação aos pacientes em sofrimento mental, embora estejam subnotificados, apresentam maior quantidade na microárea 10 e 14. Tais dados são relevantes quando se pensa na questão de promover saúde, através da criação de grupos, palestras, visitas domiciliares e um melhor planejamento das ações em saúde. Além disso, é essencial que o processo de avaliação seja revisado periodicamente, de modo a acompanhar as mudanças no contexto e ajustar as estratégias conforme necessário para prevenção de agravos. Sendo assim, após um ano da primeira coleta de dados, analisou-se através do sistema Vivver, mudanças nos números de cadastrados e grupos prioritários. Representado na tabela a seguir:

Tabela 2: Grupos prioritários distribuídos por Microáreas da Equipe de Saúde da Família Anderson Fonseca Braga II, Buritizeiro/MG, 2025.

	Microárea 08	Microárea 09	Microárea 10	Microárea 11	Microárea 12	Microárea 13	Microárea 14
Diabéticos	51	26	34	21	15	30	38
Hipertensos	94	76	88	73	73	63	95
Gestantes	1	4	2	1	3	1	2
Crianças	40	27	18	37	19	14	19
Tuberculose	0	0	0	0	2	0	0
Hanseníase	1	0	1	0	0	0	0
Saúde Mental	50	60	41	20	17	15	30
Acamados	1	1	0	0	0	4	4

Fonte: Relatório VIVVER, 2025.

Ao comparar os dados das Tabelas 1 e 2, referentes aos anos de 2024 e 2025, observa-se uma redução geral no número de pacientes cadastrados nos grupos prioritários em quase todas as microáreas, especialmente entre diabéticos e hipertensos, que representam as condições crônicas mais prevalentes.

No grupo de diabéticos, o total passou de valores mais elevados em 2024, com destaque para a microárea 08, com 59 pacientes, para 51 pacientes na mesma microárea. Essa tendência de queda também se repete em outras microáreas, indicando possível melhora no controle cadastral, migração de pacientes para outras equipes ou atualização dos dados no sistema *Vivver*.

Quanto à saúde mental, nota-se um crescimento expressivo nas microáreas 10, 13 e 14. Em 2024, havia 6, 5 e 7 registros respectivamente, enquanto em 2025 esses números aumentaram para 10, 17 e 15. Esse acréscimo pode refletir maior identificação e notificação dos casos, intensificação das visitas domiciliares e fortalecimento da articulação com a rede de atenção psicossocial.

Foi observado também um número significativo de famílias classificadas como risco mínimo na ESF Anderson Fonseca Braga II e resultados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Menezes, Cardelli e et al (2012) que foram identificados dados em que a maioria das famílias classificadas como de risco, 63% (n=159) foram categorizadas como R1; seguido de 22% (n=56) como R2 e 15% (n=38) como R3. O método de classificação de estratificação de risco de Coelho-Savassi é útil para planejar ações e o próprio processo de territorialização.

A aplicação dessa escala pelos profissionais mostrou que a categorização do risco permite orientar as ações segundo critérios definidos e permitiu determinar a frequência de visitas domiciliares dos diversos profissionais que atuam na ESF, favorecendo as famílias classificadas como R3, que deveriam ser mais bem apoiadas e cujo acompanhamento deve ser comparado com o de outras famílias. (MENEZES, CARDELLI, ET AL, 2012). Importante salientar que essa classificação de risco deve ser realizada por profissionais capacitados, que devem considerar todos os aspectos relevantes ao realizar as avaliações, garantindo que as decisões tomadas sejam fundamentadas em dados confiáveis e atualizadas.

Das 884 famílias cadastradas no território, observou-se que a maioria não apresentou situações de risco. Contudo, destaca-se que um número significativo de famílias apresentou a classificação de risco mínimo.

A tabela 03 mostra a estratificação de risco em cada microárea do território.

Tabela 3 - Estratificação de risco de acordo com da Equipe de Saúde da Família Anderson Fonseca Braga II, Buritizeiro/MG, 2024

Micro área	Sem risco	Risco menor	Risco médio	Risco máximo
08	135	11	02	02
09	107	07	03	0
10	106	06	04	04
11	92	23	05	02
12	105	03	03	02
13	91	06	01	03
14	124	15	06	03

Fonte: Relatório VIVVER, 2024.

As microáreas com o maior índice de risco mínimo são as 11, 14 e 08. Por outro lado, as microáreas com o maior índice de risco máximo são as 10, 13 e 14, esses dados continuam os mesmos, 1 ano depois.

Tabela 4 - Estratificação de risco de acordo com da Equipe de Saúde da Família Anderson Fonseca Braga II, Buritizeiro/MG, 2025

Micro área	Sem risco	Risco menor	Risco médio	Risco máximo
08	102	22	14	17
09	86	16	05	9
10	59	21	19	28
11	110	7	3	4
12	105	03	03	02
13	91	06	01	03
14	102	14	13	09

Fonte: Relatório VIVVER, 2025

No levantamento realizado em 2024, verificou-se predominância de famílias classificadas como “sem risco”, principalmente nas microáreas 08, 11 e 14. Entretanto, em 2025, nota-se uma redução significativa nessa classificação e um aumento no número de famílias com risco médio e máximo, com destaque para a microárea 10, que passou de 4 para 28 famílias em risco máximo, e a microárea 08, que aumentou de 2 para 17 famílias nessa mesma categoria.

Essa variação não reflete necessariamente um agravamento real das condições de vulnerabilidade do território, mas está relacionada à melhora na qualidade das atualizações cadastrais e das informações registradas no sistema. Com a chegada de novos residentes e o fortalecimento das ações de vigilância e acompanhamento familiar, houve maior precisão na coleta e análise dos dados, permitindo uma classificação de risco mais fidedigna à realidade local.

Dessa forma, a comparação entre os dois períodos evidencia o aprimoramento do processo de estratificação, reforçando a importância da atualização contínua dos cadastros e da integração entre as equipes na identificação das situações de risco no território.

Em Março/2024 com a chegada dos residentes à Unidade de Saúde da Família, notou-se que o rendimento do número de atendimentos da equipe vem apresentando uma gradação positiva, principalmente dos meses de março a agosto. De maneira distinta a outros programas de residência, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família tem a ESF como prioridade, nessa perspectiva de imersão e dedicação única, o residente contribui para a reconstrução e avanço do processo de trabalho. (MONTEIRO, 2019)

Com relação à produção da enfermeira, a residente de enfermagem assume a responsabilidade dos atendimentos e procedimentos, resultando em um aumento nos registros identificados de atendimentos. No que se refere aos atendimentos odontológicos, a equipe de saúde bucal conseguiu superar os números realizados anteriormente, com

um aumento significativo dos registros de atendimentos identificados e de atividades coletivas realizadas. No tocante aos atendimentos psicológicos, anteriormente à chegada dos residentes, não havia registro no sistema, sendo assim, após a residente de psicologia chegar na unidade o trabalho foi iniciado.

Acerca das visitas domiciliares realizadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde da ESF Prefeito Anderson Braga II, os resultados do ano de 2024 estão descritos na tabela abaixo:

Tabela 04 - Demonstrativa de visitas domiciliares dos agentes comunitários de Saúde da ESF Prefeito Anderson Fonseca Braga II no período de Janeiro a Agosto de 2024.

Visitas Domiciliares- ACS								
Microárea	Jan-	Fev-	mar-	Abr-	Mai-	Jun-	Jul-	Agos-
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024
8	545	532	276	586	507	528	493	533
9	440	439	415	425	470	555	529	506
10	0	252	328	328	346	311	350	344
11	241	72	55	190	176	215	245	164
12	56	91	3	85	0	51	17	0
13	434	326	254	350	155	543	426	519
14	221	156	80	154	94	125	55	292

Fonte: Relatório E-SUS, 2024.

É possível observar que a maioria das ACS obtiveram bons resultados no primeiro semestre do ano de 2024, salvo exceções como a microárea 12, em que os números de todos os meses foram extremamente baixos quando se compara com o quantitativo de indivíduos cadastrados nessa microárea. Identificando-se assim nós críticos no processo de preenchimento e atualização dos prontuários eletrônicos da USF, bem como, resultando em uma incongruência nos dados ou insuficiência de produção, indicando uma necessidade de promover reunião de conselho em saúde com toda equipe levando em consideração os indicadores de desempenho do SISAB e as metas do Previne Brasil, no mínimo uma vez ao mês. É interessante ressaltar esse papel fundamental no fortalecimento das políticas públicas de saúde, especialmente no que se refere à promoção da saúde e à prevenção de doenças. Para que seu impacto seja maximizado, é necessário superar os desafios logísticos e estruturais que ainda comprometem a sua implementação plena. A capacitação dos ACS, a melhoria das condições de trabalho e a articulação com outros profissionais de saúde são elementos essenciais para garantir que essa estratégia contribua de forma efetiva para a melhoria da saúde das populações atendidas.

É fundamental reconhecer às desigualdades dos grupos que abrangem o território adscrito, a visita domiciliar é um meio que possibilita essa identificação de necessidades de

saúde do coletivo e individual. (CAMPOS, 2014;DRULLA, 2009).

Com relação aos dados de visitas domiciliares, um ano após a coleta de dados, observou-se na tabela 5, os seguintes dados:

Tabela 05- Demonstrativa de visitas domiciliares dos agentes comunitários de Saúde da ESF Prefeito Anderson Fonseca Braga II no período de Janeiro a Agosto de 2025.

Visitas Domiciliares- ACS								
Microárea	Jan-	Fev-	mar-	Abr-	Mai-	Jun-	Jul-	Agos-
	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025	2025
8	495	632	479	440	527	554	500	572
9	532	628	445	488	582	565	530	572
10	366	269	306	338	360	358	510	309
11	0	166	374	364	364	379	367	356
12	0	297	411	484	557	399	342	366
13	611	325	445	350	317	304	292	362
14	0	246	340	323	322	501	486	114

Fonte: Relatório E-SUS, 2025

Em contrapartida, a microárea 14, 11 e 12 que no ano anterior mantinham produção estável, apresentou um mês com ausência de registro devido ausência de agente de saúde comunitária durante o mês de janeiro. De modo geral, os dados de 2025 mostram-se mais equilibrados entre as microáreas, sugerindo avanços na distribuição das visitas e possível reorganização territorial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o diagnóstico situacional e a territorialização implementados na Estratégia de Saúde da Família constituem instrumentos estratégicos para o planejamento e a gestão das ações em saúde, ao possibilitar a identificação de vulnerabilidades, determinantes sociais e demandas prioritárias do território. Observou-se aprimoramento na organização do trabalho e no desenvolvimento de práticas interdisciplinares, potencializado pela atuação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Os achados reforçam que a utilização sistemática de ferramentas de territorialização é fundamental para a qualificação da Atenção Primária à Saúde e para a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

- 1.MATTA, G.C. A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. Rio de Janeiro: Trabalho Educação e Saúde, 2005. v.3, n.2, p.371-396.
- 2.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- 3.BORGES, C.; TAVEIRA, V.R. Territorialização. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios de formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. p.2432.
- 4.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política de saúde, política nacional de atenção básica (PNAB) e política nacional de vigilância em saúde (PNVS) no Brasil. Brasília: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2023.
- 5.PREFEITURA MUNICIPAL DE BURITIZEIRO. Relatório das ações de Vigilância Sanitária. Buritizeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2023.
6. FLOR, Taiana Brito Menêzes; MIRANDA, Nirond Moura; SETTE-DE-SOUZA, Pedro Henrique; NORO, Luiz Roberto Augusto. Análise da formação em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: perspectiva dos egressos. Natal; Recife: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Universidade de Pernambuco, 2025.
7. Menezes AHR; Cardelli AAM. Classificação do risco familiar segundo escala de coelho e savassi – um relato de experiência. Londrina. Cienc Cuid Saude, 2012 Jan/Mar; 11(1):190-195
- 8.Monteiro MSF, Ferreira IP, Galvão SSC, et al. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e suas contribuições para os serviços de saúde: Revisão integrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde/ISSN 2178-2091
- 9.Campos CMS, Silva BRB, Forlin DC, Trapé AC, Lopes IA. Práticas emancipatórias de enfermeiras na Atenção Básica à Saúde: A visita domiciliar como instrumento de reconhecimento de necessidades de saúde. São Paulo, 2014. Ver Esc Enferm USP; 48(119-25).
10. Drulla A, Cosvoski AMA, Rubel FI, Mazza VDA. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. *Cogitare Enfermagem*, v. 14, n. 4, p. 667-674, out./dez. 2009. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.dd