



**SECRETARIA DE SAÚDE**  
**Tunas do Paraná**

# **NORMATIVA DE TERRITORIALIZAÇÃO** **ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

**Tunas do Paraná**  
**2024**

## 01. INTRODUÇÃO

O município de Tunas do Paraná é uma cidade no Estado do Paraná. Os habitantes se chamam tunenses. O município se estende por 668,5 km<sup>2</sup> e conta com 6. 219 habitantes no último censo. A densidade demográfica é de 9,30 habitantes por km<sup>2</sup> no território do município. Vizinho dos municípios de Bocaiuva do Sul, Cerro Azul e Adrianópolis, Tunas do Paraná se situa a 34 km a Norte-Leste de Rio Branco do Sul a maior cidade nos arredores. Situado a 886 metros de altitude, Tunas do Paraná tem as seguintes coordenadas geográficas: Latitude: 24° 58' 40" Sul, Longitude: 49° 5' 1" Oeste. Em 2015, optou pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) para reorganizar a Atenção Primária à Saúde (APS) e implantou, desde então, 3 Unidades básicas de Saúde contendo 1 equipe de Saúde em cada UBS. Essa estratégia visa ampliar o acesso da população ao sistema de saúde, promover o cuidado integral da pessoa e estimular a vinculação do usuário aos serviços ofertados pela UBS. A necessidade de aprimorarmos o modelo e a gestão da APS e buscar novas formas de organização, comunicação e apoio entre as equipes técnico-gerenciais. Com a implantação da ESF em Tunas do Paraná, fizemos as reuniões de territorialização. Em 2015, desenvolvemos as Oficinas de Qualificação da APS, em parceria com a Segunda Regional de Saúde, que provocaram reflexões sobre diversos processos de trabalho como: demanda espontânea e demanda programada. No final desse mesmo ano, o Projeto Territórios foi implantado em todas as unidades básicas de saúde do Município de Tunas do Paraná. Esse projeto auxiliou na organização dos processos de trabalho, em especial na atenção às condições crônicas, ao aumentar a resolutividade das necessidades dos usuários pela APS. A territorialização é uma ferramenta utilizada pela Atenção Primária à Saúde (APS) que auxilia na compreensão do processo saúde doença da população permitindo a realização do diagnóstico e assinalando possíveis necessidades de intervenção para os problemas encontrados naquele território. É utilizada para definir área de atuação dos serviços de saúde com objetivo de planejar as ofertas de serviços aos perfis da população daquela localidade. Esse processo de organização considera as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, atividades produtivas existentes, disponibilidade de

serviços de saúde e articulação entre as regiões administrativas e municípios de fronteiras. Como proposta para adequado diagnóstico situacional e intervenções em saúde, divide-se o território em área e micro área. A microárea, subdivisão da área, é realizada a partir da homogeneidade de grupos socioeconômicos e culturais, de risco ou não, com intuito de melhoria das condições de saúde; essa é composta de até 750 pessoas, segundo Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, 2017. A Atenção Primária do Distrito Federal passou por um processo de conversão do modelo de atenção, após a publicação da Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal e Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017 que regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. A territorialização está também prevista na nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB-2017) como atribuições comuns a todos os membros das Equipes que atuam na AB.

## **2-TERRITORIALIZAÇÃO**

A territorialização é uma ferramenta utilizada para definir a abrangência de atuação dos serviços para melhor adequar o modelo assistencial ao perfil populacional. Tem como base o reconhecimento territorial. Cada membro da equipe deverá conhecer as etapas e a importância da territorialização. Foi realizado reunião com as equipes e feita a divisão de área e microárea,

### **2.1 Planejamento da Territorialização**

O planejamento deve ser uma ação conjunta com Direção de Atenção Primária à Saúde (Diraps), Gerência de Serviços da Atenção Primária (Gsap) e Equipe de Saúde da Família (eSF). Para operacionalizar a territorialização foi elaborado um planejamento de ações a serem executadas, como:

- a) Conhecer/rever as legislações vigentes e outros materiais que contribuam com o processo de territorialização: (normas estruturantes do Sistema Único de Saúde – SUS e do Distrito Federal - DF).
- b) Analisar documentos da territorialização anterior: projetos, mapas, atas de registro de reuniões.

c) Realizar alinhamento e domínio de conceitos entre os profissionais da(s) equipe(s): sobre o conceito de “casa fechada”, de como identificar um entrevistado apropriado em situações distintas, modelo de ficha a ser utilizada e seu preenchimento, entre outros.

**Foi definido número de usuários em cada UBS:**

- UBS I Francisco Sergio Taborda: com 2.562 usuários
- UBS II Osorio Teixeira dos Anjos: 983 usuários
- UBS III Professor Emerson Straub da Mota Cabral :2.641 usuários

**Número de equipes necessárias.**

Foram definidas 3 equipes saúde da família. Compostas por áreas e microáreas.

**ESF I (INE: 0000398969) divididas em 4 microáreas:**

- Micro 4 com 565 pessoas; (Centro + Caixa D'água)
- Micro 6 com 596 pessoas; (Substação + Centro)
- Micro 31 com 526; (Tuneiras 1)
- Micro 32 com 875 pessoas; (Tuneiras 2)

**ESF II (INE: 0000398950) dividida em 5 microáreas**

- Micro 9 com 110 pessoas (Putunã + João XXIII)
- Micro 8 com 99 pessoas (Pacas)
- Micro 5 com 527 pessoas (Colônia Marques de Abrantes)
- Micro 30 com 209 pessoas (Ouro Fino)
- Micro 33 com 38 pessoas (Ribeirão das Pedras + Anta Gorda)

**ESF 3 (INE: 0000398977) dividida em 4 microáreas:**

- Micro 1 com 701 pessoas; (Vila Industrial + Centro)
- Micro 5 com 694 pessoas (Centro)

- Micro 02 com 562 pessoas (Pocinhas, Campinhos, Caixa D'água)
- Micro 03 com 684 pessoas (Barro Vermelho 1 e 2, Cavague e Centro)

**Definir agenda de reuniões-** a critério de cada Unidade Básica de Saúde.

Reuniões mensal com equipe de saúde e reuniões dos programas de saúde como: hipertenso, diabético, planejamento familiar e idosos realizado em salas de espera periodicamente,

### **Estabelecer o cronograma de execução**

Execução do Cadastramento- Assim que foi realizado o diagnóstico junto as equipes, deu-se início ao cadastramento dos usuários.

**Levantamento do quantitativo** de fichas de cadastramento necessárias e requisição dessas junto à área competente;

b) **Organização dos profissionais** da equipe para a realização do cadastro (divisão da área a ser cadastrada entre os profissionais da equipe);

### c) **Elaboração de cronograma de visitas domiciliares**

Intercalando com a agenda de atividades de acordo com o planejamento da equipe, da unidade de saúde e da gestão local;

### d) **Execução das visitas domiciliares.**

Executada com metas de visitas diárias (conforme população cadastrada em sua microárea) para cada agente comunitária de saúde. Priorizando Gestante, hipertenso, diabéticos, idoso e menores de dois anos de idade, acamados e demais população.

### e) **Preenchimento dos formulários específicos.**

Fichas de cadastro Individual e Domiciliar/ Territorial) e coleta de informações complementares.

### g) **Digitação dos dados no sistema de informação,**

Feita a realização concomitante ao processo de cadastramento e no preenchimento de todos os campos, para propiciar um melhor diagnóstico do território.

**h) Consolidação dos dados, por microáreas e área;**

Semanalmente e feita a consolidação dos dados e análise do sistema de informação (G-mus).

**i) Análise de inconsistências.**

Realizado a discussão entre as equipes e os gestores envolvidos.

**3. Elaboração dos mapas (geográfico e vivo)**

O mapa geográfico e **mapa vivo**, foi elaborado para registrar os dados relacionados à saúde da população adscrita, coletadas durante a territorialização. É chamado de mapa “vivo”, porque o território é dinâmico e deve ser alterado a medida em que houver modificação. Os grupos considerados prioritários podem ser identificados com símbolos, alfinetes coloridos ou outras formas de marcação pelas equipes, colocando-se legendas. Ex. acamados com cor vermelha, hipertensos com cor amarela. Este mapa não deve ficar exposto à comunidade, pois contém informações de saúde individualizadas, que devem ser mantidas sob confidencialidade ética.

**4. Consolidação dos dados obtidos no cadastramento:**

Após a coleta dos dados, foi preenchida as fichas cadastrais e realizado a digitação no sistema de informação vigente e consolidação dos dados, a equipe de saúde iniciou o processo de diagnóstico de área e planejamento das ações bem como as articulações necessárias. Após a consolidação dos dados sobre as famílias e suas áreas, foi discutidas as informações com as equipes da UBS e o gestor local. Foi realizado junto das equipes de Saúde da Família, o planejamento de trabalho de cada equipe e de toda UBS, dando maior ênfase às áreas de risco e às intervenções consideradas prioritárias (estas poderão ser realizadas concomitante ao processo de territorialização e diagnóstico).

## **5. DIAGNÓSTICO DE ÁREA**

O diagnóstico de área é tecnologia essencial para desenvolvimento de ações de saúde pelas equipes locais e gestão em seus micro e macroprocessos, tanto no campo individual quanto no coletivo. É uma pesquisa das condições de saúde e risco de uma determinada população. O diagnóstico iniciou-se a partir dos dados coletados no cadastro. Com base nas informações dos aspectos demográficos, socioeconômicos, culturais e sanitários, assim como, seus principais indicadores, pode-se dar início a análise e planejamento das ações de saúde mais focais e efetivas em relação aos problemas encontrados.

### **5.1 UBS I com uma área de maior vulnerabilidade sendo essas:**

- Bairro Tuneiras dívida em duas microáreas.

Áreas com riscos de deslizamento com moradias em barrancos, moradias próximas a rios, com alagamento constante, esgoto a céu aberto.

#### **Identificação de doenças crônicas e gestantes:**

Total de diabéticos: 150

Total de Hipertensos: 348

Gestantes (média variável) 35 gestantes acompanhada mês.

### **5.2 UBS II com área de maior vulnerabilidade sendo essas:**

Comunidade de: Anta Gorda, Ribeirão das Pedras, Putunã, Pacas, João XXIII, Antinha e Ouro Fino.

Área de difícil acesso, estradas não pavimentadas, rios, pontes, barreiras.

#### **Identificação de doenças crônicas e gestantes:**

Total de diabéticos: 69

Total de Hipertensos: 198

Gestantes (média variável) 8 gestantes acompanhada mês.

### **5.3 UBS III duas áreas de maior vulnerabilidade sendo essas:**

- Vila industrial, Barro vermelho.

Vulnerabilidade Social, moradias próximas a rios com risco de alagamento, esgoto a céu aberto.

### **Identificação de doenças crônicas e gestantes:**

Total de diabéticos: 145

Total de Hipertensos: 349

Gestantes (média variável) 23 gestantes acompanhada mês

5.4 Foi compilado as informações necessárias para o diagnóstico as informações digitadas nos cadastros do G-MUS, poderão ser acessadas nos relatórios emitidos. Além desses relatórios, as informações complementares coletadas também serão utilizadas para o diagnóstico territorial.

5.4.1 Informações dos Relatórios do e-SUS - Relatório de Cadastro Domiciliar e Territorial. Como obter: G-MUS- Relatórios – cadastros e-sus - Cadastro domiciliar e territorial:

a) Tipo de imóvel;

b) Condições de moradia: situação de moradia/posse da terra; localização; tipo de domicílio; condição de posse e uso da terra; tipo de acesso ao domicílio; material predominante na construção das paredes externas; disponibilidade de energia elétrica; abastecimento de água; tipo de água para consumo no domicílio; forma de escoamento do banheiro ou sanitário; destino do lixo; c) Animais no domicílio;

d) Famílias: renda familiar. - Relatório de Cadastro Individual: Como obter: G-MUS- Relatórios – cadastros e-sus - Cadastro individual Informações de identificação do usuário e sociodemográficas: a) Total de usuários;

b) Identificação do usuário: - Número de usuários por faixa etária; - Se desconhece mãe ou pai; identificação do responsável familiar; - Sexo, raça e cor, etnia, nacionalidade.

c) Informações Sociodemográficas: -Relação de parentesco com o responsável familiar; ocupação (Código Brasileiro de Ocupações - CBO); - Escolaridade; -



Situação no mercado de trabalho; - Crianças de 0 - 9 anos, com quem fica; - Orientação sexual: heterossexual, homossexual, bissexual, outro; - Identidade de gênero: homem transexual, mulher transexual, travesti, outro; - Se possui alguma deficiência; - Outras informações sociodemográficas: se é membro de povo ou comunidade tradicional; se frequenta cuidador tradicional (envolve práticas de cuidado, crenças e costumes culturais das comunidades locais tradicionais); se frequenta escola ou creche; participação em algum grupo comunitário; se possui plano de saúde privado.

d) Tipo de saída do cidadão do cadastro: mudança de território ou óbito. - Relatório de Cadastro Individual. Condições/situações de saúde gerais: Acamado, hanseníase, tuberculose, domiciliado, fumante, gestante, uso de álcool, outras drogas, PIC (Práticas Integrativas e Complementares), diabetes, hipertensão arterial sistêmica (HAS), câncer (CA), acidente vascular cerebral (AVC), saúde mental, infarto, internação nos últimos 12 meses, se usa plantas medicinais;

b) Informação sobre o peso.

Realizado semestralmente e digitados no sistema de informação **E-GESTOR**.

c) Doença respiratória: asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) /enfisema, outras; Doença cardíaca, insuficiência cardíaca e Problemas renais. - Relatório de Cadastro Individual. Outras informações. Cidadão em situação de rua (acompanhamento por instituição, referência familiar, se recebe benefício social e se visita algum familiar com frequência, tempo em situação de rua, quantas refeições por dia e origem desta, acesso à higiene pessoal - banho, sanitário, higiene bucal.

## **6. Características das famílias e a área de abrangência:**

a) Histórico da região: formação, descendência da população, hábitos, costumes, estilo de vida, crenças e tradições;

b) Total de famílias cadastradas;

Total de pessoas: 6.186 cadastradas no território.

- c) Estrutura familiar (composição/tipo de família, média do nº de pessoas por família, situação conjugal, papéis familiares, desestrutura familiar, redes de apoio da família);
- d) Horário que o usuário (s) /família (s) pode (m) ser mais facilmente acessado (s), contato telefônico ou outros;
- e) Distribuição da população na área; relação entre a quantidade da população e área de abrangência;
- f) Percentual de cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em relação à população da Região de Saúde e Região Administrativa e de 100%.
- g) Total de nascimentos (último ano);
- h) Considerar a população flutuante e transitória (no caso da população trabalhadora em uma obra, por exemplo);
- i) Para população em situação de rua (outras informações importantes): local onde costuma passar o dia, atividade de subsistência, se possui documentos;
- j) Suspeita de situações de violência;
- k) Pontos de tráficos de droga, prostituição, locais ermos, desmonte de carros e outros;
- l) Locais de trabalho infantil ou análogo a escravo;
- m) Participação social nas decisões do território;
- n) Participação em movimentos sociais;
- o) Identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;
- p) Meios de comunicação utilizados (rádio, televisão, jornais comunitários, internet, etc.);
- q) É utilizado transporte sanitário para acesso à UBS pela comunidade e realizado semanalmente atendimento médico nas áreas rurais.
- r) Limites geográficos, barreiras (quais, e como são).

Rios, Montanhas, Mata atlântica.

s) Áreas com elementos de risco.

Água contaminada, vetores, poluição, etc;

t) Presença de construções e casas abandonadas, locais de acúmulo de lixo;

O município de Tunas do Paraná dispõe de associação de reciclagem com barracão específico.

u) Identificação das áreas de risco social, sanitário, ambiental, situações de risco da população trabalhadora, vazios assistenciais e outras que julgarem necessárias;

v) Ambiente com ar poluído por (carvoarias, pedreiras, entre outros), além de ambientes com utilização de agrotóxicos em agronegócios;

x) Foco de vetores (*Aedes aegypti*, anófeles), animais domésticos, criadouros de (aves, bovinos, suínos, ovinos, outros), animais errantes (cães, cavalos, roedores, animais silvestres); Exposição ao sol (trabalhador do campo e da floresta).

## **7. Características da situação de saúde no território:**

a) Demandas/necessidades de saúde referidas pela população;

b) Locais que o usuário costumeiramente procura em casos de doenças ou agravos; as UBS e Pronto Atendimento 24 horas.

c) Outras morbidades: (diabetes, hipertensão arterial, sífilis em gestante, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), entre outras);

d) Estado nutricional infantil e adulto;

e) Cobertura vacinal, segundo o calendário vigente;

## **8. Redes referenciadas e infraestrutura da UBS:**

a) Pontos de atenção à saúde de referência: instituições de saúde públicas utilizadas como referência da equipe (hospitais, laboratórios, farmácias);

b) Equipamentos, insumos, materiais para realização das ações/serviços previstos pela Carteira de Serviços da APS/DF17;

c) Transporte para realização de intervenções no domicílio/comunidade;

Transporte sanitário.

d) Educação permanente, continuada, capacitação/treinamento em serviço para os profissionais;

e) Estrutura física (planta da UBS) que contemple a segurança e conforto dos profissionais e usuários;

f) Acesso da população aos serviços de saúde em relação à mobilidade urbana (distância, meios de transporte, tempo, custos, barreiras geográficas etc);

ATENDIMENTO DE PACIENTES DAS COMUNIDADES AFASTADAS É REALIZADO SEMANALMENTE:

ESF III: Barro Vermelho 1 e 2, Pocinhas e Campinhos.

ESF II: Colônia, João XXIII, Pacas, Anta Gorda, Ribeirão das Pedras, Ouro Fino semanalmente.

g) Horário de atendimento; das 08:00 as 17:00 horas.

h) Parcerias existentes para as ações de saúde (equipamentos sociais/públicos): associação de moradores, comércio, líderes comunitários, igrejas, academias, administração, escolas, CRAS (Centro de Referência e Assistência Social); Conselho Tutelar, polícia militar, entre outros.

## **9. Demarcação das microáreas e área da equipe de saúde – Ações:**

- Identificar as microáreas de risco e grupos populacionais que concentram mais risco à saúde;

- Realizar avaliação dos dados adquiridos no cadastro, a fim de definir necessidade de mudança na delimitação de área e microárea;

- Realizado em 03/2023 e 03/2024 (devendo ser realizado novamente em 03/2025 ou caso necessário poderá ser realizado antes)

- Rever alguma etapa do processo sempre que houver alterações na dinâmica do território;
- Discutir o diagnóstico com as demais equipes da UBS, gestores e representantes da comunidade;
- Redistribuir as áreas dentre as equipes, quando necessário, em conjunto com gestores, observando os parâmetros da legislação vigente;
- Planejar as ações assistenciais, considerando as prioritárias, face ao diagnóstico territorial realizado, aos moldes dos processos de trabalho da Estratégia Saúde da Família.

## **10. PRINCIPAIS PERGUNTAS QUE SURGEM DURANTE A TERRITORIALIZAÇÃO E/OU DIAGNÓSTICO DE ÁREA**

a) Quando posso mudar o território, a microárea (área total de uma ESF) ou a microárea (divisão de uma microárea)? À medida que a população de determinada área cresce, ou muda sua condição de vulnerabilidade é necessário rever o território. Ao mudar a área de abrangência da macro ou microárea – retirando usuários do cadastro ou inserindo novos usuários é necessária uma articulação com a população local, explicando as novas mudanças e principalmente pactuando com os envolvidos a responsabilidade da assistência. As mudanças de território devem ser realizadas conjuntamente com os gerentes das UBS.

b) O usuário deverá ser cadastrado na UBS de referência de acordo com sua área de residência, ou seja, mudou de local de residência será atualizado o cadastro no novo domicílio e o usuário que mudou será desvinculado da equipe. As áreas que possuem fatores de riscos e/ou barreiras geográficas ou culturais, ou ainda áreas com indicadores de saúde muito ruins. Grupos de risco: diabéticos, hipertensos, gestantes, crianças de baixo peso ao nascer, desnutridos, acamados, idosos, etc.) prontuário eletrônico, fazer uma observação de transferência definitiva para outra UBS ou cidade de destino.

c) Em quais situações posso excluir o cadastro do usuário? Por questões de guarda de informações de prontuário, é permitido apenas inativar o cadastro ou acusar óbito ou mudança do endereço no cadastro individual.

d) Os estabelecimentos comerciais são identificados no mapa, mas só serão cadastrados se houver alguma pessoa residindo no local. Nesse caso preencher ficha de cadastro domiciliar e cadastro individual.

e) Posso mudar o Agente Comunitário de Saúde (ACS) de equipe ou microárea? O ACS será lotado na área de maior necessidade, segundo a gestão local. Este será responsável pelo acompanhamento de até 750 pessoas, sendo preferencialmente as famílias com maior vulnerabilidade ou risco biológico dentro de uma área, que pode não ser contígua.

f) Como fica a cobertura assistencial nas microáreas que não tem ACS? A cobertura assistencial do usuário pela equipe e UBS deverá ser mantida mesmo nas áreas que não tiverem ACS.

g) Como fazer com a população que reside fora da área de abrangência da equipe de saúde. De quem é a responsabilidade da assistência? Segundo a Portaria 77 de 14/02/2017, em seus artigos 23 e 24, as UBS deverão assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada dos usuários, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável para área de referência, de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas pela SES. Caberá a cada gestor de serviços da Atenção Primária realizar análise de demanda do território e ofertas das UBS para mensurar sua capacidade resolutiva, adotando as medidas necessárias com o apoio da Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde da Região de Saúde para ampliar acesso, qualidade e resolutividade das equipes e serviços da sua unidade.

h) Por que devo saber os dados epidemiológicos e sociais da ESF? Quando se conhece a distribuição de fatores condicionantes da saúde, na área de atuação da equipe, é possível visualizar algumas ações e, a partir disso, organizar a agenda de trabalho, ofertando serviços coerentes com o diagnóstico situacional do território. Por exemplo, conhecendo as condições de moradia, inclusive o aspecto ligado ao saneamento básico entende-se o porquê da repetição do ciclo de algumas doenças, facilitando a proposição e articulação com as lideranças locais e intersetoriais, trabalhar com a população as mudanças de hábitos.

i) Em qual momento preciso unir a territorialização da minha equipe com as outras equipes da UBS? A unificação de dados cadastrais das equipes dentro de uma única UBS é importante para caracterização epidemiológica da área de abrangência da UBS e planejamento de macroprocessos. Por exemplo, quando alguma característica geográfica da localização da UBS interfere no acesso aos serviços. Pode ser necessário, que as equipes alterem algo no processo de trabalho que facilite o acesso dos usuários como previsão de deslocamento da equipe para o território. Nesse caso pode haver necessidade de retaguarda de equipes, em que uma possa dar cobertura para a outra.

j) Qual é a diferença entre territorialização e diagnóstico de área? Territorialização é o reconhecimento e o esquadramento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde. Diagnóstico é a consolidação e análise dos dados e informações levantados durante a territorialização, de maneira a identificar as prioridades e os recursos a serem empregados para planejamento de ações/intervenções.

## **11. CONCLUSÃO**

A territorialização na APS permite localizar eventos de saúde-doença com o objetivo de minimizar danos à população da área de abrangência. Este processo deverá ser realizado por todos os profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde, supervisionada e pactuada com a DIRAPS (Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde), com anuência da Superintendência da Região de Saúde. A partir da territorialização, deverá ser realizado o diagnóstico de área, identificando as potencialidades e fragilidades locais, para o planejamento condizente com as necessidades identificadas. A análise técnica do território deve construir identidades; revelar subjetividades; coletar informações; identificar problemas, necessidades e positivities dos lugares; tomar decisão e definir estratégias de ação nas múltiplas dimensões do processo de saúde-doença-cuidado. Os diagnósticos de condições de vida e situação de saúde devem relacionar-se tecnicamente ao trinômio estratégico 'informação-decisão-ação' (Teixeira et. al., 1998). Após o diagnóstico de área procede-se o planejamento das ações de saúde.

## 12. REFERÊNCIAS:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XXII Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Origem: PRT MS/GM 2436/2017) - Ministério da Saúde.
2. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica: manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES (site) <http://cnes.datasus.gov.br/>.
4. DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Publicada no Diário Oficial do Distrito Federal de 15 de fevereiro de 2017, páginas 4 a 7.
5. Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. Publicada no Diário Oficial do Distrito Federal de 15 de fevereiro de 2017, páginas 7 e 8.
6. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária de Saúde/DF. Aprovada pela deliberação nº 25 – DODF de 18/11/2016. Brasília, 2016.
7. DISTRITO FEDERAL. Portal do Governo do Distrito Federal. <http://www.df.gov.br/administracoes-regionais/>.