

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MARIA DORISE SIMÃO LOPES GURGEL

O território nas práticas da Estratégia Saúde da Família

**SÃO CARLOS
2016**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MARIA DORISE SIMÃO LOPES GURGEL

O território nas práticas da Estratégia Saúde da Família

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós – Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, como um dos requisitos para obtenção do título de mestre em enfermagem.

Linha de pesquisa: **Trabalho e gestão em saúde e enfermagem**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cássia Irene Spinelli Arantes

**SÃO CARLOS
2016**

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

G979t Gurgel , Maria Dorise Simão Lopes
O território nas práticas da Estratégia Saúde da
Família / Maria Dorise Simão Lopes Gurgel . -- São
Carlos : UFSCar, 2016.
109 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de
São Carlos, 2016.

1. Estratégia Saúde da Família . 2. Cartografia .
3. Atenção Primária à Saúde. 4. Integralidade em
Saúde. I. Título.



Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Maria Dorise Simão Lopes Gurgel, realizada em 29/08/2016:

Profa. Dra. Cássia Irene Spinelli Arantes
UFSCar

Profa. Dra. Silvia Matumoto
USP

Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata
UFSCar

MARIA DORISE SIMÃO LOPES GURGEL

O território nas práticas da Estratégia Saúde da Família

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós – Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, como um dos requisitos para obtenção do título de mestre em enfermagem.

Linha de pesquisa: Trabalho e gestão em saúde e enfermagem

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Cássia Irene Spinelli Arantes

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

_____/_____/_____
Prof^ª. Dr^ª. Sílvia Matumoto
Universidade de São Paulo

_____/_____/_____
Prof^ª. Dr^ª Márcia Nituma Ogata
Universidade Federal de São Carlos

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos mais presentes em minha vida:

Minha mãe, pelo exemplo de vida e de força;

Meu pai, o mais disposto, generoso e paciente;

Meu irmão, pelo incentivo direto ou indireto;

Meu amado esposo, por estar ao meu lado nos melhores e piores momentos, e estar sempre disposto a me entender e acalmar;

Meus amores de quatro patas, por estarem ao meu lado em todos os momentos de estudo.

AMO VOCÊS!!!

AGRADECIMENTOS

Início meu agradecimento a Deus, por ter colocado pessoas tão especiais ao meu lado.

Aos meus pais, Fátima e Levy, meu infinito agradecimento. Sempre acreditaram em minha capacidade e me acham a melhor de todas, mesmo não sendo. Isso me fortalece para fazer o melhor de mim. Obrigada pelo apoio, por acordar durante as madrugadas para conversar comigo pelo telefone durante as viagens a São Carlos, preocupada com meu sono e também para me fazer companhia. Obrigada pelo amor incondicional.

Ao meu querido esposo Fernando, por ser tão importante na minha vida, me fazendo acreditar que posso além do que imagino. Devido ao seu companheirismo, compreensão, incentivo, amizade, paciência, amor e apoio, este trabalho pode ser concretizado. Obrigada por me permitir sonhar!!!

Ao meu irmão, Levy, que a seu modo sempre se orgulhou de mim e confiou no meu trabalho.

À professora Dr^a. Cássia, que acreditou em meu potencial de uma forma em que eu acreditava não ser capaz de corresponder. Sempre disponível e disposta a ajudar. Sou muito grata por ter me dado essa grande oportunidade. Agradeço a confiança, o carinho, a colaboração, o conhecimento e aprendizado, os conselhos e a amizade. Você é referência pessoal e profissional para mim. Obrigada por estar ao meu lado!

À professora Sílvia Matumoto e Márcia Ogata, pelo aprendizado e pelas colaborações oferecidas na qualificação, auxiliando-me no aprimoramento do estudo.

À Giovanna Vallim Jorgetto, ex-coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Pitágoras – Poços de Caldas, por todo apoio e incentivo para o ingresso no programa, por vibrar comigo minhas vitórias, por me valorizar, por não ter medido esforços para me apoiar, sendo possível a conclusão deste trabalho.

À Secretária Municipal de Saúde, Dr^a Fátima Livoratto e à minha apoiadora Juliana Bacelar, por me conceder as ausências no trabalho para que pudesse executar e vivenciar esse processo. Agradeço também por ter concedido a autorização para a realização deste trabalho no município de Poços de Caldas.

Aos profissionais da Atenção Básica do município de Poços de Caldas que participaram desta pesquisa, obrigada por contribuir com a realização deste estudo.

Aos meus queridos colegas de trabalho da Unidade Básica de Saúde da Família Jardim Itamaraty, agradeço imensamente a compreensão, o apoio, a amizade, o companheirismo, a competência e o afinho com que desenvolvem as atividades na minha ausência.

Aos meus amores de quatro patas, Joe, Chico e Rebeca, por permanecerem ao meu lado todo o tempo, por serem as melhores companhias que alguém possa desejar, pela lealdade e pelo amor incondicional.

NINGUÉM VENCE SOZINHO, OBRIGADA A TODOS!!!

*“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo.
Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas
admiráveis.”*

José de Alencar

RESUMO

Parte-se do pressuposto que, mesmo o território sendo o elemento central do processo de trabalho das equipes da ESF, as mesmas ainda apresentam dificuldades em utilizá-lo para a implementação das práticas de saúde, avançando lentamente para a conquista do modelo integral de atenção à saúde. O objetivo deste estudo é analisar como as equipes de saúde da família do município de Poços de Caldas compreendem o território em suas práticas de saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Foram realizados grupos focais com seis equipes de saúde da família, sendo os entrevistados: médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, modalidade temática. Os resultados desta pesquisa estão apresentados na forma de dois artigos. O primeiro artigo, intitulado como “O significado de território para as equipes de saúde da família” discutiu duas categorias: “Muito além da delimitação geográfica: do conceito de território à realidade do território” e “A (não) participação da equipe na delimitação do território”. O segundo artigo, intitulado como “Necessidades e ações de saúde voltadas para o território da saúde da família” discutiu as seguintes categorias: “Compreensões e estratégias de enfrentamento das (a)diversidades do território”, “Desenvolvimento de práticas voltadas ao território: possibilidades e dificuldades”, “O papel da gestão municipal no apoio das ações voltadas ao território.” Os resultados evidenciaram que a compreensão de território para os participantes do estudo no primeiro momento é restrita ao conceito de delimitação de área geográfica, mas ao refletirem sobre sua realidade de trabalho, expressam as diversidades e a dinamicidade do seu território de atuação. Referem também que o acesso é um fator limitante no desenvolvimento das práticas das equipes. Expressam sobre o apoio matricial ser um potencializador do trabalho, e a precarização dos sistemas de informação limitar as ações dos trabalhadores. A gestão foi vista como incipiente, auxiliando minoritariamente no processo de trabalho e nas discussões. Foram identificados relatos de insatisfação das equipes em relação ao processo de delimitação do território ser realizado de forma isolada pela equipe da gestão municipal e apontadas dificuldades geradas no processo de trabalho. Destacou-se a importância dos gestores apoiarem as tomadas de decisões das equipes e valorizarem a participação dos trabalhadores e da população na delimitação dos territórios para melhoria das práticas de saúde.

Palavras chave: Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Cartografia, Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

Starting from the assumption that even the territory being the central element in the working process of family health teams, these teams still have difficulties in using it for the implementation of health practices, advancing slowly towards the achievement of the integral model of health care. The aim of this study is to analyze how the family health teams in the city of Pocos de Caldas understand the territory in their health practices. This is a qualitative, descriptive and exploratory research. Focal groups with six family health teams were conducted, where doctors, nurses, community health workers and nursing technicians were interviewed. The data were subjected to content analysis, thematic modality. The results of this study are presented in the form of two articles. The first article, titled: "The meaning of territory for family health teams" discussed two categories: "Beyond the geographical boundaries: from the concept of territory to the reality of the territory" and "The (non)participation of the team in delimiting the territory. " The second article, titled: "Health actions and needs in the territory of family health" discussed the following categories: "Understandings and coping strategies in the diversity of the territory", "Development of practices to the territory: possibilities and difficulties ", " the role of municipal management in supporting actions in the territory. The results showed that the understanding of territory for the study participants at first is restricted to the concept of geographical area of delimitation, but when they reflect on their working reality, they express the diversities and dynamism of this service territory. They also refer that access is a limiting factor in the development of the practice of the teams and express on the matrix support being a potentiator of work, and that the precariousness of information systems limits the actions of employees. The management was seen as incipient, helping minority in the work process and discussions. Team dissatisfaction reports were identified in relation to the process of demarcation of the territory to be held in isolation by the staff of the municipal administration and difficulties generated in the work process were pointed out. The importance of managers to support decision-making teams and appreciate the participation of workers and the population in the delimitation of the territories to improve health practices was emphasized.

Keywords: Family Health Strategy, Primary Health Care, Cartography, Health Integrality.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UR	Unidade de Registro

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo Geral.....	18
2.2 Objetivos Específicos.....	18
3 REFERENCIAIS TEÓRICOS	20
3.1 Integralidade.....	20
3.2 Promoção da Saúde	23
3.3 Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família	29
3.4 Vigilância em Saúde.....	35
4 PERCURSO METODOLÓGICO	44
4.1 Tipo de estudo	44
4.2 Local do Estudo.....	45
4.3 Participantes do Estudo	45
4.6 Procedimentos para a Coleta de Dados	47
4.7 Análise dos dados.....	49
4.8 Aspectos éticos.....	50
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÕES	53
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	94
APENDICE 1 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA	106
APENDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	107
APENDICE 3 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	108

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB), como é denominada no Brasil, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas que abrangem a promoção e proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação à saúde, buscando desenvolver atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde (BRASILa, 2012).

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima à vida das pessoas. É orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASILa, 2012).

Visando a reorientação do modelo assistencial, em busca à substituição das práticas convencionais, voltadas para a cura de doenças, o Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1994, tendo como seu antecessor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e posteriormente em 2006, passa a ser desenvolvido como Estratégia Saúde da Família (ESF), após a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011).

A ESF tem a atenção centrada na família a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita uma compreensão ampliada do processo saúde doença e necessidade de intervenções além da prática curativa. Tem como princípios a integralidade e a hierarquização, aumentando a responsabilidade do sistema de saúde com a qualidade da atenção e do cuidado, ampliando o comprometimento com os usuários e o território em que se localizam, respeitando suas necessidades e considerando as especificidades de saúde na construção e organização do trabalho, além de ser a porta principal de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASILa, 2006; BRASIL, 2011).

Outros princípios podem ser destacados: o caráter substitutivo, no qual substitui as práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância em saúde; territorialização e adscrição da clientela através do cadastramento e acompanhamento da população adscrita na área, tendo a cartografia como a localização central do espaço territorial, que delimita a área de responsabilização dos profissionais, e o trabalho centrado em uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (FRANCO E MERHY, 2007; BRASIL, 2011).

Este novo modelo preconiza que as equipes desenvolvam estratégias para conhecer as famílias de seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas aos problemas identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade (ESCOREL et al, 2007).

O trabalho em equipe constitui a base da transformação do processo de trabalho, pois, para que a Saúde da Família inicie a construção de novas práticas, é imprescindível que os trabalhadores desenvolvam o trabalho em equipe, incorporando não apenas novos conhecimentos, mas também uma mudança de cultura e compromisso, que garanta uma prática baseada nos princípios da promoção da saúde, voltadas à família e comunidade. O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, sendo que a ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, favorecendo a intervenção sobre a realidade na qual estão inseridos (ARAUJO E ROCHA, 2007).

Apesar da proposta de reordenamento do modelo assistencial, a ESF ainda apresenta lacunas neste processo de mudança. A integralidade ainda é um nó crítico a ser equacionada, a programação das atividades para grupos de risco confrontam-se com a demanda individual por assistência e, embora o trabalho esteja direcionado para práticas multiprofissionais, as estratégias da ESF não garantem uma ruptura com o modelo hegemônico/medicocêntrico, centrado na queixa conduta, porque aposta em uma mudança centrada na estrutura e operacionalização do serviço, mas não atua de modo amplo nos micro processos de trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que é o definidor do perfil da assistência (FRANCO E MERHY, 2007).

É possível analisar estas práticas através da obra de Merhy (2007) onde o autor relata sobre as tecnologias do trabalho em saúde, definindo três tipos de tecnologias: duras, leve-duras e leves.

As duras referem-se às máquinas, normas e estruturas organizacionais; as leve-duras aos conhecimentos e saberes estruturados dos profissionais e as leves, às tecnologias relacionais (acolhimento, vínculo, gestão democrática), sendo que as tecnologias duras e leve-duras estão relacionadas ao trabalho morto e as tecnologias leves, ao trabalho vivo em ato (MERHY, 2007).

Desta forma, os arranjos destas três tecnologias no processo de trabalho em saúde determina a predominância do trabalho vivo ou morto. Sendo que, arranjos com predominância no trabalho morto, aprisionam a subjetividade do trabalhador, dificultando a expressão da criatividade, e mantendo os processos instituídos; e por outro lado, os arranjos com predomínio das tecnologias leves, possibilitam a intersubjetividade e a construção de espaços de cuidado em saúde (MERHY, 2007).

Para a resolução dos problemas e melhoria da qualidade do serviço, é necessário levantar possibilidades que articulem o território, as tecnologias, o trabalho multiprofissional, que em conjunto possam agir produzindo o cuidado, não sendo, portanto, menos relevante que as intervenções singulares, a partir de problemas específicos. É necessário reconhecer a insuficiência das prescrições e das receitas para que seja possível o trabalho em equipe, com a soma das competências e criatividade de cada membro. No entanto, enquanto os profissionais não constroem uma articulação entre eles para troca de conhecimentos, o processo de trabalho mantém-se aprisionado às estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado. Ao contrário, quando a interação prevalece, abre a possibilidade de cada profissional usar seu potencial criativo e criador em relação ao usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado (FRANCO E MERHY, 2007).

Uma característica ainda comum do processo de trabalho em saúde é a fragmentação, onde cada profissão contempla uma parte do cuidado e das intervenções, dificultando a compreensão dos usuários e dos próprios trabalhadores quanto ao seu respectivo papel, bem como a articulação dessas práticas, acarretando na cisão do processo de trabalho (GUADAGNIM, 2013). Ainda é evidenciado um modo de gestão do processo de trabalho taylorizado, caracterizado pela divisão de trabalho, pela repetição das tarefas e pela fragilidade da comunicação (SHIMIZU e CARVALHO JUNIOR, 2011).

Neste contexto, sabendo das dificuldades encontradas no processo de trabalho das equipes de saúde da família, Rosa e Labate (2005), propõem uma nova estruturação do serviço de saúde, promovendo uma relação dos profissionais mais próximos das famílias e comunidades, assumindo o compromisso de prestar assistência integral às reais necessidades de saúde da população, com identificação dos fatores de risco as quais ela está exposta e não apenas a prestação de atendimento pautado em procedimentos técnicos, assumindo assim, novos contornos de assistência.

O estudo de Shimizu e Rosales (2009) aponta que a família ainda é tratada segundo os modelos biológicos, tornando a ação fragmentada, mostrando portanto, a necessidade de ampliar a compreensão a partir de um diagnóstico mais amplo. Verifica-se a

inevitabilidade de ampliar as práticas voltadas para o diagnóstico dos problemas e necessidades de saúde da comunidade, revelando a urgência das equipes em adquirir competências para o desenvolvimento do processo de trabalho voltado para análise da situação de saúde, com participação conjunta entre gestores, profissionais e usuários.

Desta forma, o que tem sido evidenciado no contexto real dos últimos anos de implantação da ESF, é que este modelo ainda não tem conseguido mudar substancialmente o paradigma da atenção à saúde. No entanto, as mudanças têm acontecido principalmente no sentido da aproximação dos serviços com a população (SHIMIZU, ROSALES, 2009)

Sendo assim, a concepção integral do cuidado favorece a ação interdisciplinar nas práticas, onde a valorização dos saberes contribui para uma abordagem mais ampla e resolutiva do cuidado, descentralizando a figura do profissional médico, passando então a ser dividida entre os membros da equipe (ARAUJO E ROCHA, 2007).

Visto que a ESF tem o território como elemento central do processo de trabalho das equipes de saúde da família, compreendê-lo, difere das abordagens tradicionais de saúde, pois supera a ideia de que território trata-se apenas de delimitação de um espaço geográfico, área de abrangência com clientela adscrita (GUADAGNIM, 2013).

Gondim et al. (2008) reforçam esta ideia afirmando que não faz sentido pensar no território como mera delimitação de uma área, é preciso reconhecer processos e territorialidades que muitas vezes ultrapassam limites impostos por atores determinados.

Segundo Santos e Rigotto (2011), a proposta de territorialização vai muito além da visão tradicional de demarcação implantada pela Estratégia Saúde da Família. Ela demanda mais tempo, envolvimento e diálogo dos profissionais. Demanda também, conteúdos, habilidades, e atitudes nem sempre oferecidos nos tradicionais processos de formação dos profissionais. Supõe-se ainda uma compreensão ampliada do processo saúde doença na complexidade do território, visto que os projetos sociais nascem da necessidade de saúde do território e não de programas verticais impostos pelo nível central.

Refletir sobre o território na ESF é indispensável, visto que é nele que ocorre a atuação das equipes, principalmente por meio de visitas domiciliares, buscando conhecer as famílias, a realidade, seus costumes, seu modo de vida, suas dificuldades, possibilidades e potencialidades. A análise do território exige uma abordagem ampliada, que incorpore as questões sociais, educacionais, políticas e culturais, identificadas através do conhecimento dos espaços, das relações, do vínculo e principalmente da maneira como as pessoas vivem o cotidiano dentro do território (PAGANI, ANDRADE, 2012).

Nessa perspectiva, a incorporação da visão ampliada de território, voltadas ao cuidado coletivo, ainda enfrenta muitas dificuldades nos serviços de atenção primária, configurando-se como um desafio para as práticas das equipes de saúde da família, conforme menciona Pereira e Barcellos (2006):

O PSF busca visualizar o território na direção de uma perspectiva multiterritorial. Porém, a operacionalização dessa ideia enfrenta tendências reducionistas, fazendo com que os gestores locais, os ACS e a equipe como um todo, tenham concepções divergentes sobre território (PEREIRA E BARCELLOS, 2006, p. 53).

É necessário então, ampliar o olhar, para que seja possível difundir conhecimentos, mobilizar, educar, criar, empoderar sujeitos coletivos na prática da promoção da saúde e na utilização adequada do território como instrumento de melhoria do trabalho (SANTOS E RIGOTTO, 2011).

Sabendo-se da importância do território para a caracterização da população e de seus problemas, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde e da relevância da compreensão ampliada dos determinantes e condicionantes da saúde da população assistida, enunciou-se a seguinte questão: qual importância a equipe de saúde da família tem atribuído ao conhecimento do território para o desenvolvimento das práticas de saúde?

Desse modo, este estudo pretende contribuir para a elucidação dos elementos que tornam o território importante nas práticas das equipes de saúde da família e a possibilidade de se produzir conhecimento através da utilização do território para o desenvolvimento de práticas de vigilância e de promoção da saúde na ESF, com vistas à integralidade da atenção à saúde no SUS.

Parte-se do pressuposto que, mesmo o território sendo um dos elementos centrais do processo de trabalho das equipes da ESF, as equipes ainda apresentam dificuldades em utilizá-lo para a implementação das práticas de saúde, avançando lentamente para a conquista de um modelo de atenção à saúde integral, contribuindo para a manutenção do modelo tradicional de atenção à saúde, pautado nas práticas individuais e fragmentadas.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar como as equipes de saúde da família do município de Poços de Caldas compreendem o território em suas práticas de saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever as percepções de território das equipes de saúde da família.
- Apreender as limitações e potencialidades apontadas pelas equipes de saúde da família na utilização do território na perspectiva da integralidade do cuidado à saúde na atenção primária.

REFERENCIAIS TEÓRICOS

3 REFERENCIAIS TEÓRICOS

3.1 Integralidade

O sistema de saúde brasileiro tem passado por processos de mudança desde a reforma sanitária, sendo marcado pela construção de novos paradigmas do processo saúde-doença, com repercussões na organização dos serviços de saúde, nas concepções de promoção à saúde, prevenção de agravos e tratamento. Há conquistas inegáveis do ponto de vista jurídico e legal, no entanto, há consensos da necessidade de rompimento do modelo hegemônico tradicional, onde prevalece a fragmentação do sistema, as ações voltadas à assistência curativa, hospitalar e superespecializada e ao profissional médico (CAMPOS, 2003; SILVA E SENA, 2008).

O conceito de integralidade, embora polissêmico, é um dos pilares do SUS, consagrado pela Constituição Federal de 1988, com o qual espera-se poder garantir a qualidade de atenção à saúde (MATTOS, 2004).

Silva e Sena (2008) referem à integralidade como um princípio orientador de políticas e práticas capazes de responder às demandas de saúde e as necessidades da população no acesso à rede de serviços e cuidados, considerando a complexidade e as especificidades do processo saúde-doença nas mais diferentes dimensões do indivíduo – biológico, cultural e social.

No entanto, segundo Mattos (2009), a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS, ela é um conjunto de valores pelos quais é importante lutar, pois se relacionam ao ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.

Reafirmando a polissemia do conceito de integralidade, ainda para o mesmo autor, há três sentidos para esta palavra: integralidade como sinônimo de boa medicina, integralidade como modo de organizar as práticas, e integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde (MATTOS, 2009).

No que diz respeito ao primeiro sentido da palavra, a medicina integral critica as ações fragmentárias, onde os médicos tendem a recortar seus pacientes, atentando-se apenas ao funcionamento do aparelho no qual se especializaram. Isso significa a impossibilidade de apreender as reais necessidades dos pacientes, tornando a prática reducionista, considerando os fatores biológicos em detrimento dos fatores sociais e psicológicos (MATTOS, 2009).

Para Mattos (2004), pessoas têm modos de vida diferentes, relacionados à história familiar, ao local e ao modo onde vivem e se relacionam. Cada sujeito apresenta suas singularidades, no entanto, caminhando opostamente aos sentidos da integralidade, os profissionais tendem a intervir apenas no sofrimento que a doença tem apresentado naquele momento, esquecendo ações de cunho preventivas como, por exemplo, a busca de construção de projetos terapêuticos singulares por meio do diálogo, visto que estes projetos individualizados levam em conta também, as ações voltadas para a prevenção, onde a característica principal é a capacidade de compreender o contexto que envolve o usuário.

Pinheiro (2009) aborda que a integralidade está no encontro, na conversa, onde a atitude do profissional é reconhecer além das demandas explícitas, dos sinais e sintomas, das necessidades. É importante buscar na subjetividade as respostas à demanda que o usuário carece. É necessário ampliar o olhar para enxergar o que não é visível.

Visto que ao procurar um serviço, a pessoa deve sair dele com uma resposta concreta, faz-se necessário enfatizar a importância de que todos os profissionais que compõem os serviços de saúde realizem uma escuta atenta, com possibilidades de flexibilização de rotinas, buscando praticar a integralidade no seu cotidiano (MATTOS, 2004).

O segundo sentido diz respeito à necessidade da quebra dos programas verticais impostos pelo ministério da saúde, superando a fragmentação das atividades no interior dos serviços de saúde, onde possa ocorrer uma articulação entre a demanda espontânea e programada, aproveitando as oportunidades para a realização do diagnóstico de saúde e identificação de riscos, bem como o desenvolvimento de atividades coletivas junto à comunidade. Para responder a essas críticas, seria necessário uma horizontalização dos programas e linhas de cuidado instituídas pelo Ministério da Saúde, nos quais estão inseridos os pacientes, como por exemplo, os programas de hanseníase, diabetes e hipertensão arterial (MATTOS, 2009).

Segundo Mattos (2009), por muitos anos as práticas assistenciais e de saúde pública eram dissociadas dentro das unidades de saúde. No entanto, essa dicotomia ainda é motivo de críticas, pois os serviços de saúde ainda apresentam dificuldade no rompimento deste modelo.

Neste sentido, a equipe deverá repensar suas práticas, sobretudo no atendimento às reais necessidades e não mais do ponto de vista da inserção específica em determinado programa do ministério (MATTOS, 2009).

Outro conceito referente ao segundo sentido da palavra está ligado à dificuldade de organização do trabalho no que se refere à demanda espontânea e programada, visto que os serviços estão organizados para o atendimento às doenças e, no entanto, ainda é falho nas ações de promoção e prevenção da saúde. Então, torna-se um desafio para os profissionais gerarem um impacto positivo sobre a saúde da população, sendo que este impacto não é possível de ser atingido apenas por um plano de assistência médica (MATTOS, 2009).

A partir desta reflexão, a integralidade se manifesta como um meio de organizar o trabalho de forma que responda mais adequadamente às necessidades de saúde dessa população, como por exemplo, aproveitar as oportunidades geradas pela demanda espontânea para a aplicação de protocolos de diagnóstico precoce, bem como identificação de situações de risco, além de desenvolvimento de atividades coletivas visando otimizar o impacto epidemiológico (MATTOS, 2009).

O terceiro e último sentido relaciona-se ao princípio da integralidade e políticas específicas, que são delineadas para dar respostas a um problema de saúde específico de um determinado grupo populacional. Quando bem utilizada, as experiências mostram que a integralidade tem produzido transformações na vida das pessoas, superando os modelos idealizados (MATTOS, 2009).

É importante ressaltar a necessidade de conhecer as reais necessidades dos grupos populacionais, buscar ampliar as ações estratégicas e de cuidado, evitando recortes, o que possivelmente tornará esta prática reducionista, lembrando que o melhor informante das verdadeiras deficiências é a própria população (MATTOS, 2009).

Para Cecílio (2009), a integralidade deve ser fruto dos esforços dos saberes da equipe multiprofissional nos espaços dos serviços de saúde, prevalecendo o compromisso e a preocupação com as necessidades de saúde trazidas pelos usuários. Estas podem ser a busca de alguma resposta para as más condições de vida e a procura de vínculo com o profissional, buscando melhores condições e apontando a necessidade de acesso às tecnologias de saúde.

Segundo Campos (2003), a garantia do princípio da integralidade, implica melhorar as condições do processo de cuidar, aprimorar o relacionamento do profissional com o usuário, definir responsabilidades entre serviços e população, disposição de atendimento organizado, diversificado e humano, estabelecimento de vínculo entre profissionais e população, estímulo ao controle social, além de promover, prevenir, restaurar e reabilitar a saúde dos indivíduos.

Sem mudanças no paradigma e pressupostos do modelo assistencial brasileiro, não há respostas satisfatórias aos problemas dos usuários e da população nos serviços de saúde. Enquanto os serviços buscarem atender apenas as demandas individuais, centrado no atendimento médico, o princípio da integralidade será ineficaz, visto que este pressupõe atuar nos determinantes de risco de adoecimento das populações (CAMPOS, 2003).

Uma das formas para superação deste desafio, os problemas de saúde necessitam ser enfrentados considerando o território e suas relações com os determinantes sociais, os riscos ambientais, epidemiológicos e sanitários, levando em conta os múltiplos fatores no desenvolvimento e perpetuação dos problemas de saúde (CAMPOS, 2003)

3.2 Promoção da Saúde

O termo promoção da saúde foi denominado pela primeira vez no início do século XX por Henry Sigerist. Este concebeu quatro funções da medicina: Promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento dos doentes e reabilitação. Para ele, a promoção de saúde significava por um lado ações de Educação em Saúde e por outro ações do Estado para melhorar as condições de vida da população (WESTPHAL, 2012).

Outra visão contra hegemônica de meados do século XX aparece nos trabalhos de Leavell & Clark (1976), no qual estes autores criaram a ideia de história natural do processo saúde-doença, contemplando a tríade ecológica na explicação da causalidade do processo de adoecimento (WESTPHAL, 2012).

Diante da perspectiva da história natural da doença, a promoção da saúde é uma ação de prevenção primária. Corresponde a medidas gerais, educativas, que objetivam melhorar a resistência e o bem estar dos indivíduos através de ações como a não ingestão de drogas, melhora do padrão alimentar, exercícios físicos, diminuição do estresse, entre outros, como cuidado com o ambiente, moradia adequada e comportamentos higiênicos. Trata-se portanto, de um enfoque de promoção da saúde medicalizado, reducionista, e com baixa eficácia, pois está centrado no indivíduo, com algumas projeções para família e certos grupos restritos, ignorando o enorme peso dos padrões culturais coletivos e políticos, sobre o comportamento dito exclusivamente individuais (WESTPHAL, 2012; PELLEGRINI FILHO, et al. , 2014).

É inegável a importância das propostas de Leavell & Clark (1976), pois estes autores chamaram a atenção dos profissionais de saúde sobre as ações no meio ambiente e

sobre os estilos de vida. Inovaram também as medidas preventivas, como ações educativas, comunicacionais e ambientais às já existentes – laboratoriais, clínicas e terapêuticas, como complementação e reforço da estratégia. No entanto, verificou-se que esses conceitos são inapropriados para as doenças crônicas não transmissíveis (WESTPHAL, 2012; PELLEGRINI FILHO, et al., 2014).

O contemporâneo conceito de promoção da saúde e o estabelecimento de sua prática surgiram e reforçaram-se nas últimas duas décadas do século XX, após ter percorrido um longo caminho de discussões. Surgiu especialmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental, enfatizando os determinantes socioambientais na explicação do processo saúde doença (BUSS, 2002; CARVALHO, 2002).

Três importantes Conferências Internacionais sobre promoção da saúde foram realizadas nas décadas de 80 e 90 e instituíram bases conceituais e políticas da promoção da saúde. As conferências seguintes realizaram-se em Jakarta, em 1997, e no México no ano 2000. Na América Latina, realizou-se em 1992, a Conferência Internacional de Promoção da Saúde (BUSS, 2009).

A primeira delas, realizada em Ottawa, cujo documento de referência é a Carta de Ottawa (1986) define promoção de saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BUSS, 2002, HEIDMANN et al., 2006).

No mesmo documento, segundo descrição de Heidmann et al. (2006), a saúde passa a

ser construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção de saúde por todos os seus membros (HEIDMANN et al., 2006, p.1).

Segundo BUSS (2000) ao analisar o discurso vigente no campo da promoção da saúde, constata-se:

Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para o seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000, p. 165).

Para além das motivações ideológicas e políticas dos seus principais formuladores presentes nas referidas conferências mencionadas anteriormente, a promoção da saúde surge como uma reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde e devido à necessidade de controlar os custos crescentes da assistência

médica. Tornou-se uma proposta governamental de ampliação para além da abordagem médica, e necessidade de enfrentamento dos problemas de saúde pública, principalmente das doenças crônicas em populações que tendem a se tornar cada vez mais idosas (BUSS, 2009).

Embora o termo tenha sido utilizado para descrever um nível de atenção da medicina preventiva, o significado de promoção da saúde foi mudando ao longo dos anos, passando a representar nos dias de hoje, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado. (BUSS, 2009)

Segundo Carvalho (2002), no documento publicado em 1984 (WHO, 1984), entre os principais princípios da Carta de Ottawa é possível destacar:

- 1) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, tornando a saúde como prioridade entre políticos de todos os setores;
- 2) Criação de ambientes favoráveis à saúde, reconhecendo a complexidade e interdependência entre diversos setores tanto para a conservação e proteção de ambientes cujas mudanças podem afetar a saúde quanto para favorecer mudanças nos ambientes de vida e trabalho;
- 3) Incremento do poder técnico e político das comunidades nos processos decisórios para se alcançar melhores níveis de saúde, garantindo o acesso contínuo à informação e consequente aprendizado sobre as questões de saúde que os afetam;
- 4) Desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida, por meio de informações e educação em saúde nos ambientes de vida e trabalho, capacitando os indivíduos e a coletividade;
- 5) Reorientação dos serviços de saúde voltados à superação do modelo biomédico, centrado na doença e na assistência médica curativa, com foco na intervenção.

Devido à necessidade de romper a lógica do modelo curativo e clínico, e buscando extrapolar inclusive o enfoque de risco (campo da prevenção), a promoção da saúde ganha destaque, resgatando a concepção da saúde como produção social, a prática integral em saúde, atentando-se para a necessidade do sujeito como um todo (CARVALHO, 2002; SÍCOLI, NASCIMENTO, 2003).

Segundo Czeresnia (2009) promover a saúde alcança uma abrangência muito maior do que a que circunscreve o campo específico da saúde, incluindo o ambiente em sentido amplo, atravessando a perspectiva local e global, além de incorporar elementos físicos, psicológicos e sociais.

Conforme explica Heidmann e colaboradores (2006), o maior desafio relacionado à promoção da saúde é a mudança do cenário, onde prevalece a desigualdade social, com condições precárias de vida da população, junto com o aumento dos riscos para a saúde e déficit de recursos para o enfrentamento dessa situação.

Entretanto, apesar dos avanços advindos dos eventos internacionais, a promoção da saúde ainda é vista de maneira simplificada, muitos profissionais de saúde confundem a diferença de conceitos entre promoção e prevenção de saúde, a saúde é considerada de forma simplificada e o modelo medicocêntrico permanece valorizado pela população (HEIDMANN et al., 2006).

Para alcançar a equidade, um dos pilares da promoção da saúde, é necessário que a saúde seja mencionada como fator principal para o desenvolvimento humano; um dos campos de ação propostos no contexto da promoção da saúde é a criação de ambientes favoráveis. Além disso, o desenvolvimento sustentável coloca o ser humano como agente central do processo de defesa ao meio ambiente, aumentando a expectativa de vida saudável e com qualidade. É necessário também que ocorram ações que permitam a capacitação das pessoas para exercerem o controle dos determinantes da sua saúde. Então, o *empowerment*, constitui uma estratégia que auxilia na transformação da realidade de saúde, conquistando o direito à vida com ética e dignidade humana (BUSS, 2009; CARVALHO, 2002).

No Brasil, o movimento de promoção de saúde é marcado pela implantação das propostas oriundas do movimento de Reforma Sanitária, incluindo a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que tinha como tema “Democracia é Saúde” e constituiu as bases fundamentais para a construção do SUS e, conseqüentemente, a reformulação de políticas, programas e projetos de reforma na organização e gestão das ações e serviços de saúde em vários níveis de governo. Desse modo, é nítida a força da repercussão do nascente movimento de promoção da saúde no Brasil. (BRASILb, 2006; TEIXEIRA, 2006).

Pode-se dizer que as ações de promoção da saúde no SUS iniciam-se com o movimento da estruturação da atenção básica quando, a partir de 1992, por meio do Programa de Agentes Comunitários e posteriormente da Estratégia Saúde da Família, começam as atividades centradas em preceitos da promoção da saúde, como estímulo à intersetorialidade, compromisso com a integralidade do cuidado, fortalecimento da participação social, corresponsabilidade, empoderamento dos usuários, entre outros (BUSS e CARVALHO, 2009).

Apesar de tradicionalmente os modos de viver serem abordados numa perspectiva individualizada e fragmentária, colocando os sujeitos como únicos responsáveis

pelas mudanças, o SUS tem buscado a retomada da promoção da saúde como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença no país, como uma forma de combate às iniquidades de saúde, no qual pode-se citar a violência, o desemprego, a falta de saneamento básico, a habitação inadequada, a falta de acesso à educação, a fome, a qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada, ampliando o escopo da intervenção para além dos muros das unidades de saúde favorecendo melhores condições de vida e ampliando as escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde estão inseridos (BRASILb, 2006).

Em 2006, a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) é formalizada e publicada com vistas a responder a situação de saúde no país, marcada pela transição demográfica e por altas taxas de mortalidade por doenças crônicas, altos índices de inatividade física e padrões alimentares inadequados, além do agravamento dos problemas sociais e sanitários (PELLEGRINI FILHO, et al., 2014).

O objetivo geral da PNPS é promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e risco à saúde relacionados com seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, configurando o importante papel da promoção da saúde nas iniquidades em saúde (BRASIL, 2006).

Conforme Brasil (2006), sete áreas temáticas são destacadas como prioritárias: alimentação saudável, práticas corporais e atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade por uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo da paz, promoção do desenvolvimento sustentável.

Embora os recursos financeiros voltados à PNPS estejam longe do desejável, entende-se que houve avanços para sua consolidação em virtude da crescente compreensão de gestores e profissionais de saúde e da população em geral no conceito ampliando de saúde e da busca pela qualidade de vida (PELLEGRINI FILHO, et al., 2014).

No entanto, para caminhar em busca da superação das iniquidades sociais e de saúde, é necessário estabelecer uma relação de diálogo entre os diversos atores sociais para que possam juntos, melhorar o acesso dos serviços de saúde e conquistar o direito à saúde e à cidadania (HEIDMANN, et al, 2006).

Cabe ressaltar ainda, que através da priorização de ações biomédicas, individuais e curativas e com ações centradas em danos e agravos, dificilmente haverá

possibilidade em avançar na consolidação de uma política de promoção da saúde (PELLEGRINI FILHO, et al, 2014).

Sabe-se que a atuação sobre os determinantes sociais de saúde extrapola as competências e atribuições das instituições de saúde, exigindo uma ação coordenada e articulada dos diversos setores e instâncias governamentais (PELLEGRINI FILHO, et al, 2014).

Segundo BUSS (2000), a estratégia saúde da família tem-se mostrado de essencial importância no desenvolvimento de ações de promoção de saúde, voltados a grupos e territórios definidos, sendo possível desenhar intervenções adequadas nos diferentes campos de ação. É vital a integração dessas ações para racionalizar esforços e dar coesão política e técnica ao trabalho da atenção primária.

Andrade et.al. (2014), complementa as descrições de BUSS (2000), relatando que a promoção da saúde apoia-se no conceito de território para análise das principais questões de saúde, além de ser o ponto de partida para a intervenção. Assim, as autoras refletem que o território é um espaço onde se considera a realidade social, bem como os sujeitos, para que haja produção de significados e aprimorando da forma em lidar com estas questões.

A criação de espaços saudáveis, como comunidades, territórios, famílias dependem dos projetos e ações da promoção à saúde. É importante destacar a relação de diálogo e do *empowerment* entre profissionais e usuários do sistema de saúde. Os profissionais tem o importante papel de conhecer as premissas e promover o diálogo com a comunidade, resgatando a cultura, seus valores e condições de vida. Além do mais, devem estar preparados para intervir e compreender a realidade de saúde da população, estimulando sua participação e elaborando estratégias que visem melhorar as condições de vida e de saúde. Devem também buscar ações setoriais para atuar nos diversos fatores que interferem na saúde como por exemplo, educação, saneamento, habitação, emprego, renda e outro (HEIDMANN; et al, 2006).

Embora o conceito de promoção de saúde seja amplamente difundido, ainda há profissionais que desconhecem o verdadeiro sentido do tema. Predomina-se então a saúde sendo compreendida como ausência de doenças. Diante disso, é necessário que os profissionais compreendam e ampliem sua visão, incluindo-se como atores críticos e participantes na reformulação do sistema, bem como na superação de iniquidades sociais e de saúde, melhorando o acesso aos serviços de saúde e auxiliando os sujeitos na busca de melhor qualidade de vida e conquista da cidadania e ao direito à saúde (HEIDMANN; et al, 2006).

3.3 Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família

A Atenção Primária à Saúde (APS), internacionalmente, é reconhecida como uma estratégia de organização da atenção à saúde, no qual busca responder de forma regionalizada, contínua, e sistematizada às necessidades da população através de ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades (MATTA; MOROSINI, 2010).

Buscando reverter o modelo medicocêntrico, individual e hospitalar instituído nos sistemas de saúde, desde a década de 1960, a APS tem sido apresentada como a forma mais efetiva na tentativa de mudança de paradigma (FAUSTO; MATTA, 2007).

A ideia de atenção primária à saúde surge pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920, com vistas à organização do sistema de saúde inglês. Este documento contrapunha-se ao modelo americano flexneriano, no qual priorizava a atenção individual, de cunho curativo e fragmentado, fundado no reducionismo biológico. Este modelo preocupava as autoridades devido ao alto custo, a baixa resolutividade e a alta complexidade da atenção médica (MATTA; MOROSINI, 2010).

O relatório Dawson idealizava o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. A maior parte dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos por um médico generalista e os centros de saúde organizados de forma regionalizada, próximos a população. Desta forma, surge a ideia de hierarquização, pois caso o médico não consiga resolver o problema do seu território, há centros de atenção secundária, onde profissionais médicos das mais diversas áreas de especialidades poderão solucionar o problema (MATTA; MOROSINI, 2010).

Esta concepção, elaborada pelo governo inglês, influenciou a mudança e a organização dos sistemas de saúde no mundo todo a partir de duas concepções: a regionalização e a integralidade. O primeiro conceito refere à organização dos serviços de forma a atender às demandas e necessidades da população inserida numa determinada região, tendo em vista as bases populacionais. Já a integralidade fortalece a indissociabilidade entre ações preventivas e curativas (FAUSTO; MATTA, 2007).

Segundo Matta e Morosini (2010), o elevado custo dos sistemas de saúde juntamente com o uso indiscriminado de tecnologia médica e baixa resolutividade, preocupavam a sustentação econômica da saúde nos países desenvolvidos, fazendo-os

pesquisar novas alternativas para a atenção à saúde com custos menores e ações mais efetivas. Por outro lado, os países mais pobres sofriam com a iniquidade do sistema de saúde, dificuldade de acesso e altas taxas de mortalidade e morbidade.

Em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma Ata, no Cazaquistão, no qual foi proposto um acordo e metas entre os países membros, para que alcançassem o maior nível de saúde possível até o ano 2000. Essa política internacional ficou conhecida como “Saúde para todos no ano 2000” (MATTA; MOROSINI, 2010).

A declaração de Alma Ata deixa claro a responsabilidade dos governos pela saúde de seus povos através de medidas sanitárias e sociais. Refere ainda, que a promoção e a proteção da saúde das pessoas são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida. É também direito da população participar individual e coletivamente no planejamento e na execução dos cuidados à saúde (OMS, 1978).

Os cuidados primários representam o primeiro nível de contato com os indivíduos, família e comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados são levados o mais próximo dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo continuado de assistência a saúde (OMS, 1978).

O documento descreve ainda as seguintes ações mínimas para o desenvolvimento da APS: educação em saúde, distribuição de alimentos e nutrição apropriada, tratamento da água e saneamento, saúde materno infantil, planejamento familiar, imunização, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento de doenças comuns, fornecimento de medicamentos essenciais (OMS, 1978).

Matta e Morosini (2010) relatam que apesar das metas de Alma Ata jamais terem sido alcançadas totalmente, a atenção primária a saúde tornou-se referência fundamental para as reformas sanitárias ocorridas nos anos seguintes.

Ribeiro (2007) descreve que as sucessivas crises econômicas e o alto custo da assistência médica impossibilitaram a prestação de serviços à população de forma universal e igualitária. A APS passa a ser entendida como uma possibilidade de prestação de serviços a custos menores para populações marginalizadas, afastando-se dos princípios de Alma Ata. Assim, apesar da noção de atenção primária ser ampla, passou a ser aplicada com uma concepção de atenção seletiva, destinada a populações rurais e pobres da área urbana.

No contexto brasileiro, inicialmente a atenção primária consolidou-se com esta aceção reduzida, mas ao longo das diversas e sucessivas propostas de estruturação do sistema nacional de saúde, a Atenção Primária ganhou espaço nas políticas de saúde. Vale ressaltar, que a mudança do modelo assistencial surge como uma necessidade no contexto da Reforma Sanitária, um movimento pela redemocratização do país (RIBEIRO, 2007).

O aprofundamento do processo de Reforma Sanitária Brasileira culminou em 1988 com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, com a participação de mais de cinco mil delegados entre representantes do governo, profissionais e sociedade civil, reafirmando a saúde como direito de todos e dever do Estado e definiu os princípios e diretrizes para o arcabouço do que viria a ser o Sistema único de Saúde (AQUINO; et al, 2014). Atualmente, a Política Nacional de Atenção Básica (2012) define Atenção Básica

“ por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.” (BRASILa, 2012, p. 19)

Para Starfield (2002), autora conceituada neste assunto, atenção primária é:

“Aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros” (Starfield, 2002, p.28)

Na década 90, surge o Programa Saúde da Família – PSF, concebido pelo Ministério da Saúde como um programa vertical a ser implantado nas regiões norte e nordeste do país, onde se colocava a necessidade de interromper a epidemia de cólera. No entanto, politicamente, observaram no PSF uma oportunidade histórica para a reorganização dos serviços de saúde e mudança do modelo assistencial em larga escala. Nasce com o propósito de superação da assistência à saúde, que encontravam-se ineficientes, marcado por iniquidades, descontentamento da população e desqualificação profissional (MERHY; FRANCO, 2003; TEIXEIRA; SOLLA, 2006)

Com isso, a partir de 1994, a saúde da família deixou de ser um programa que operacionalizava uma política com foco nas populações excluídas, para ser considerada uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS e um instrumento de uma

política de universalização da cobertura da atenção básica e um espaço de reorganização do processo de trabalho (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

É possível perceber a pertinência dessa estratégia através da expansão do número de equipes em todo o país. A Estratégia Saúde da Família evoluiu com acelerada cobertura em todas as regiões e estados e sustentada por um conjunto de iniciativas governamentais, desde mudanças nos modelos de financiamento, formas de gestão e formação e qualificação de recursos humanos (TEIXEIRA; SOLLA, 2006; AQUINO; et al., 2014).

Atualmente, com a nova Política Nacional de Atenção Básica (BRASILa, 2012), a Estratégia Saúde da Família tem se constituído como o modelo prioritário na implantação da atenção primária no Brasil. Tem recebido importantes incentivos financeiros visando a ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção (MATTA; MOROSINI, 2010).

Segundo BRASILa (2012), a ESF, entre outros aspectos, fundamenta-se no acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, com vistas à qualidade e resolutividade destes serviços, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sócio cultural, buscando produzir atenção integral, por meio da promoção e prevenção à saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos ou sofrimento. Entre os princípios e diretrizes, pode-se destacar:

Adscrição do território de atuação e responsabilidade sanitária, pelo qual a equipe deve ser corresponsável nas questões de saúde. O processo de territorialização consiste em uma etapa fundamental de reconhecimento da área pelos respectivos trabalhadores da ESF, em que ocorre a cartografia do território a partir de mapas. Através da territorialização, é possível ampliar a possibilidade de reconhecimento das situações de saúde da população de uma área, além da avaliação de riscos e potencialidades. As equipes devem assumir responsabilidade sanitária, considerando questões ambientais, epidemiológicas, culturais e socioeconômicas, contribuindo por meio de ações de saúde, para a diminuição de riscos e vulnerabilidades (BRASILa, 2012).

Além disso, é importante ressaltar entre os princípios e diretrizes, as relações de vínculo e responsabilização entre equipe e população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde, a longitudinalidade do cuidado, o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, a coordenação da integralidade em seus vários aspectos, a proximidade e a capacidade de acolhimento e resolutividade, a valorização dos profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; a avaliação e

acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação, no estímulo da participação popular e controle social e na atenção centrada na família (BRASIL, 2011; BRASILa, 2012).

A equipe é composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição os profissionais de saúde bucal. A equipe é responsável por até 4000 pessoas, sendo o ACS responsável por no máximo 750 pessoas (BRASIL, 2011).

Visto que a ESF é entendida como estratégia preferencial de organização da atenção primária, duas iniciativas foram tomadas de modo a operacionalizar o modelo. Em primeiro lugar, foram incorporados profissionais de saúde bucal e em segundo lugar, foram criados os núcleos de apoio à saúde da família (NASF), buscando superar a problemática das inúmeras necessidades de ampliação dos membros das equipes. Assim, a implantação do NASF revitaliza e torna possível apoiar o atendimento das múltiplas demandas nos diversos âmbitos (AQUINO; et al., 2014).

As evidências demonstram superioridade da Estratégia Saúde da Família em relação às unidades tradicionais devido à incorporação de práticas de territorialização, aumento do vínculo, maior envolvimento comunitário e acompanhamento de prioridades programáticas (CONILL, 2008).

A ampliação expressiva de cobertura da ESF não pode ser confundida com o acesso aos serviços. Embora os serviços estejam sendo ampliados, ainda há dificuldades em estabelecer a ESF como porta de entrada do sistema e garantir a referência e contrarreferência com os outros níveis de atenção, e a organização do processo de trabalho ainda é um desafio cotidiano na prática das equipes (AQUINO; et al., 2014).

O estudo de Rosa e Labate (2005) indica que as equipes de saúde da família dirigem o atendimento a programas pré-estabelecidos, como hipertensão, doenças endêmicas, amamentação, o que empobrece a atuação, pois não se valoriza as reais necessidades da população, diminuindo o impacto na mudança da qualidade de vida. Relata ainda, que o modelo é medicocentrado, tornado as consultas e exames equivalentes a soluções para os problemas de saúde.

Com o estudo de Escorel et al. (2007), no qual foram analisados fatores facilitadores e limitantes da implementação do PSF em grandes centros urbanos, foi possível avaliar que a integralidade ainda é um nó crítico a ser equacionado devido a dificuldade de acesso à atenção secundária, falta de estabelecimento de vínculo e baixa resolutividade da atenção básica. Outro problema mencionado é a não substituição das práticas tradicionais e

consequentemente a busca pela adequada articulação entre as atividades clínicas e de saúde coletiva, sendo que as atividades para grupos de risco e a oferta organizada confronta-se com as demandas individuais por assistência.

Resta e Motta (2005) apontam como dificuldade no processo de trabalho, a organização da assistência pautada na família e o rompimento com a atenção voltada somente ao indivíduo. Enfatizam, ainda, a importância das equipes conhecerem as dinâmicas e os conflitos familiares e não tentar enquadrá-las em modelos pré-concebidos.

Oliveira e Casanova (2009) destacam a importância da territorialização para a melhoria do processo de trabalho. Pois ao trabalhar no espaço onde vivem as famílias, induz-se a implementação de práticas de saúde orientadas a contribuir para uma ação planejada sobre as necessidades de saúde, superando as desigualdades e melhorando o acesso à qualidade.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) aponta como desafios da atenção básica: a precariedade das estruturas físicas, ambiência pouco acolhedora, transmitindo aos usuários que os serviços oferecidos são de baixa qualidade, necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes, baixa capacidade de resolução e falta de orientação do trabalho, rotatividade dos profissionais, sobrecarga de trabalho devido ao número excessivo de famílias sob responsabilidade da equipe, financiamento insuficiente da atenção básica, pouca integração da equipe com equipamentos sociais e rede de apoio, baixa resolutividade das práticas, focada na dimensão biomédica, do processo saúde-doença-cuidado (BRASILb, 2012)

Pelo exposto, é possível perceber os avanços, mas também as lacunas no que diz respeito às práticas concretas no contexto da Estratégia Saúde da Família. Ainda há entraves relacionados ao subfinanciamento, há grande rotatividade dos profissionais, comprometendo o vínculo e a continuidade da atenção, e a qualificação dos profissionais ainda é insuficiente. Existe uma necessidade em melhorar a formação dos profissionais dentro das universidades, além do estímulo a capacitações, para que a equipe rompa o modelo medicocêntrico pautado em queixa-conduta e ações preconizadas impostas pelo Ministério da Saúde e possa ter um olhar abrangente às famílias e ao território, considerando os aspectos geográficos, culturais e as diversidades sociais. Além disso, é necessário incorporar críticas e diálogos que contemplem a redefinição das ações de vigilância e promoção da saúde (ROSA e LABATE, 2005; ESCOREL, et al., 2007; TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

3.4 Vigilância em Saúde

No campo da saúde, a vigilância está historicamente relacionada aos conceitos de saúde e doença presentes em cada época e lugar, nas práticas de atenção e nos mecanismos adotados para impedir a disseminação de doenças (MONKEN, BATISTELLA, 2009).

Ao realizar uma contextualização histórica sobre a vigilância em saúde, Monken e Batistella (2009), referem que o isolamento é uma das práticas mais antigas de intervenção social relativa à saúde das pessoas. Em seguida, com o advento da bacteriologia, novas medidas foram implantadas, entre elas a vacinação, iniciando assim, uma nova prática de controle das doenças, reorganizando os serviços e ações em saúde coletiva. A partir da década de 50, o conceito passa a ter um significado mais amplo, o de acompanhamento sistemático de eventos adversos na comunidade, com o propósito de aprimorar medidas de controle.

Um modelo de vigilância ainda presente nos dias atuais, baseia-se nas distribuições e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como outros dados relevantes, restringindo-se ao assessoramento das autoridades sanitárias sobre as necessidades de medidas de controle, deixando a operacionalização a cargo dessas autoridades (BRASIL, 2005).

As discussões em torno da reorganização da vigilância epidemiológica intensificaram na década de 90, buscando a integração de novas práticas e conceitos, visto que havia uma priorização das práticas centradas na doença, na assistência curativa e medicamentosa (AYRES, 2009).

O conceito ampliado de vigilância da saúde incrementa o escopo e os métodos tradicionais da vigilância epidemiológica, mas ainda relaciona-se ao controle dos agravos como uma forma de cuidar da saúde. Avançou no sentido de controlar processos regionalizados e democratizados de definição de prioridades e estratégias de intervenção e monitoramento. Além disso, incorpora objetos de vigilância mais amplos que as antigas doenças de notificação compulsória, como as questões nutricionais, ambientais, a saúde mental, as relações entre saúde e trabalho ou a violência. De outro lado, busca também acompanhar não apenas agravos e riscos, mas a própria adesão a cuidados de saúde como a adoção de medidas de autocuidado (AYRES, 2002).

Contudo, na vigilância da saúde, há a noção de que a saúde não se define apenas pelo monitoramento e controle do que a pode ameaçar. É necessário estabelecer patamares que devem ser alcançados do ponto vista físico, mental, emocional, cultural, ambiental, etc., para caracterizar uma boa qualidade de vida (AYRES, 2002).

Nesse paradigma, ao abordar conceitos sobre risco e vulnerabilidade, Ayres (2009) esclarece a importância de ampliar aspectos individuais, considerando e contextualizando aspectos coletivos que acarretem susceptibilidade. Este autor, após compreender que uma epidemia respondia a determinantes cujo alcance ultrapassavam a ação patogênica de um agente etiológico, passou a analisar que o conceito de vulnerabilidade é construtor de uma percepção ampliada e reflexiva, que identificam desde susceptibilidade, estrutura dos programas de saúde, aspectos comportamentais, econômicos e políticos, tornando esse conceito aplicável a qualquer dano ou condição de interesse da saúde.

O conceito de risco nasceu de uma trajetória das ciências modernas no qual buscou-se construir instrumentos teóricos capazes de identificar associações entre condições patológicas e não patológicas relacionáveis. Isso gerou um controle rigoroso do grau de incerteza acerca do não acaso das associações estabelecidas. A vulnerabilidade nasce de uma pretensão quase inversa, busca trazer elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimento para planos de elaboração teórica mais concretos e particularizados. O conhecimento de vulnerabilidade permite intervir sobre a susceptibilidade das pessoas ao agravo em questão. Interessam, portanto, sinergias, sincronismo, simpatias e sínteses. Outro aspecto importante na diferenciação dos conceitos refere-se ao fato da vulnerabilidade apresentar caráter não probabilístico, já o conceito de risco, trata-se da probabilidade, das chances matemáticas do indivíduo adoecer (AYRES, 2009)

Assim, considerando os conceitos, fica evidente que as aplicações conceituais de vulnerabilidade parecem fornecer subsídios que vão desde o desenvolvimento de ações e instrumentos tecnológicos, até o planejamento e avaliação de programas e serviços de saúde. No entanto, para a ampliação de objetos e estratégias, torna claro que as ações de redução de vulnerabilidade não podem se tornar efetivas sem a complementação das ações intersetoriais, pois estas trarão melhores resultados do que o trabalho realizado isoladamente (AYRES, 2012).

É importante entender que ao invés dos profissionais trabalharem as questões de mudança de comportamento das pessoas em uma direção mais saudável, a abordagem da vulnerabilidade demonstra que as mudanças mais profundas acontecem quando enxergamos e

construimos possibilidades dos indivíduos estarem uns diante dos outros em seu entorno, de modo a tornar a saúde de todos mais satisfatória (AYRES, 2009).

Segundo Teixeira e Solla (2006), a noção de vigilância em saúde surgiu com a proposta de integração das práticas de saúde no território a partir de uma crítica à concepção da história natural da doença, proposta por Leavell & Clark (1976). Este conceito incorpora para além dos níveis de prevenção, uma análise concreta da situação de saúde, possibilitando a formulação e implementação de políticas públicas saudáveis, voltadas à melhoria das condições de vida das populações e a reorganização das ações sob responsabilidade dos serviços de saúde, sejam as ações de vigilância ambiental, sanitária ou epidemiológica, dirigidas ao atendimento das necessidades dos indivíduos e grupos populacionais.

Paim e Almeida Filho (2014) esclarecem que, para analisar a situação de saúde é necessário considerar três dimensões da realidade: problemas, necessidades e determinantes de saúde. Os problemas referem-se às desconexões entre a realidade observada e a norma socialmente construída, podendo ser problemas do estado de saúde da população ou problemas do sistema de serviços de saúde ligados à infraestrutura, organização, gestão financiamento e modelo de atenção. As necessidades são representadas pelas condições que permitam usufruir da saúde, podendo ser distinguidas em necessidades de saúde (doenças, carências, riscos, vulnerabilidades e projetos ou ideais de saúde passíveis de serem supridos por vários setores, como alimentação, saneamento, habitação, lazer, educação, etc.) e necessidades de saúde que podem ser expressas em termos de demandas. Já os determinantes podem ser identificados por meio de estudos epidemiológicos e sociais que visem explicar a determinação do processo saúde-doença na população.

Neste contexto, a promoção da saúde emerge, buscando alternativas para a melhoria das condições de vida e saúde de grupos populacionais de determinados territórios. Propõe ainda uma articulação das tecnologias do saber epidemiológico e do planejamento para a seleção de problemas a serem trabalhados de maneira contínua no território, considerando diversos níveis de atuação (causas, riscos e danos) para o enfrentamento dos problemas. Busca também a superação da dicotomia entre práticas coletivas e individuais, além de propor a articulação de ações intersetoriais (SILVA; et al, 2014).

Além do mais, no modelo de vigilância da saúde, a inclusão de novos sujeitos, extrapola o conjunto de profissionais e trabalhadores da saúde, envolvendo também a população organizada, as determinações clínico-epidemiológicas no âmbito individual e coletivo e as determinações sociais que afetam os diversos grupos populacionais em consequência às diferentes condições de vida (FREITAS, 2009).

Esta proposta valoriza os princípios da regionalização e hierarquização dos serviços, aplicando a delimitação de “áreas” e a implantação da ideia de “mapas de risco” e “problemas de saúde”, permitindo a valorização de uma visão ampliada e democrática na definição dos objetos de intervenção, sem perder de vista a identificação de necessidades sociais de saúde e a problematização das demandas aos serviços para além da perspectiva clínica, o que é comum e predominante entre os profissionais de saúde (TEIXEIRA E SOLLA, 2006).

Paim e Almeida-Filho (2014) explicitam que uma forma complementar de proceder uma análise da situação de saúde mais próxima da realidade da população e dos trabalhadores consiste em estimular a realização de oficinas de territorialização com um planejamento participativo. Trata-se da possibilidade de criar espaços de diálogo entre a gestão, trabalhadores e comunidade, fortalecendo assim, o controle e a participação social.

Tendo em vista a territorialização como ferramenta organizacional para o entendimento da situação de saúde, a vigilância em saúde favorece a melhoria da organização do processo de trabalho, abrindo possibilidades para a construção de um “novo” território, voltados para a análise da situação de saúde, favorecendo um novo conceito de saúde com o fortalecimento do papel da equipe na comunidade. Além disso, a epidemiologia torna-se ferramenta importante para a percepção da rede de causalidades e determinantes do processo saúde-doença (CASANOVA; OLIVEIRA, 2008).

Pressupõe-se, no entanto, a necessidade de conhecer o território não apenas como área de abrangência, mas com todas as ações que o permeiam como território vivo, identificando problemas e prioridades para atender à comunidade, considerando cada situação específica (GONDIM, 2011).

Segundo Teixeira (2006), as ações de vigilância em saúde, mesmo em uma concepção restrita, limitada às ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica, ainda são desempenhadas de modo incipiente pela grande maioria das equipes. E, ainda que haja esforços relacionados à capacitação e educação permanente dos profissionais, persiste uma baixa qualidade e efetividade da atenção para resolução dos problemas da atenção básica, acarretando aumento da demanda da média e alta complexidade.

Apesar dos avanços ocorridos nos últimos anos após a proposta da estratégia saúde da família, ainda apresenta lacunas na prática. É necessária a incorporação das ideias que permeiam a promoção da saúde e o desencadeamento de ações no território de abrangência das equipes (TEIXEIRA, 2006).

Como a vigilância da saúde tem no território a principal premissa, é fundamental que a equipe se identifique e se fortaleça neste espaço, produzindo fatos, buscando parcerias intersetoriais e estimulando a participação popular como prática política, visto que o indivíduo é o objetivo final da vigilância da saúde e deve ser considerado parte da família, da comunidade e do ambiente, buscando atingir as dimensões da promoção, proteção, prevenção e assistência à saúde (GONDIM, 2011; CAMPOS, 2003).

Teixeira (2006) descreve o importante diálogo entre saúde da Família e as práticas de vigilância em saúde, pois estas práticas ainda são incipientes e desarticuladas na assistência local. Diante disso, o grande desafio está na requalificação profissional das equipes com a introdução de conhecimentos e técnicas que subsidiem competências voltadas à análise permanente da situação de saúde execução de práticas de vigilância que foquem nos determinantes, nos riscos e agravos da população coberta pelo programa.

É necessário incrementar a atuação sobre os determinantes e condicionantes da saúde, envolvendo a população na identificação e compreensão dos seus problemas e necessidades de saúde, de modo a subsidiar as práticas que tenham como objetivo a superação desses problemas e o atendimento dessas necessidades (TEIXEIRA, 2006).

É possível perceber que Vigilância em Saúde surge também com vistas a dar conta do princípio da integralidade, permitindo ações articuladas em função do atendimento de problemas de maior relevância, bem como maleabilidade na oferta de ações de promoção, prevenção e ações assistenciais, e novamente, adequando os serviços às necessidades da população (TEIXEIRA, 2006).

Outro aspecto importante da proposta de vigilância da saúde é a territorialização do município, seguindo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e aos serviços de saúde. Isso implica a necessidade de dados e informações de caráter demográfico, socioeconômico, político, cultural, epidemiológico e sanitário de modo a permitir a definição de prioridades, de problemas e demandas, consentindo a apropriação de informações acerca do território, visando a integralidade, a intersetorialidade, a efetividade e a equidade (TEIXEIRA, PAIM e VILASBOAS, 1998).

3.5 A Proposta da territorialização

A Estratégia Saúde da Família tem seu trabalho fortemente pautado no território, visto que para a organização administrativa, o território é dividido em áreas e microáreas e a partir desta organização, ocorre o cadastramento das famílias residentes neste espaço, além de informações sobre as patologias comuns e aspectos demográficos.

Para Pereira e Barcellos (2006):

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho no PSF. Essa tarefa adquire, no entanto, ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência (PEREIRA e BARCELLOS, 2006; p. 48).

Nos últimos anos, múltiplos termos foram propostos em relação ao território. Ao analisar o estudo de Mendes (1993), Gondim et.al. (2008) cita que duas correntes de pensamento se desenvolveram: A primeira relacionada ao território como espaço físico, geopolítico, dando sustentação a uma visão topográfico-burocrática de distrito sanitário e a segunda que entende o território-processo, como produto de uma dinâmica social onde se tencionam sujeitos sociais, ou seja, em permanente construção.

O termo território surgiu nas normas e portarias do Ministério da Saúde nos últimos anos, dando sentidos e significados ao território no âmbito do SUS, associando o termo a espaço geográfico, à organização da rede de serviços, levantamento e atendimento às demandas e problemas de saúde e necessidade do trabalho em saúde em territórios delimitados. Pode-se perceber uma polissemia acerca dos conceitos e pouca clareza sobre seus conteúdos (MONKEN E BARCELLOS, 2005; PEREIRA E BARCELLOS, 2006; GONDIM et al., 2008).

Na organização da atenção básica, através da portaria ministerial (BRASIL, 2006), ficam claros os termos relacionados ao território, área de abrangência, demarcação de território, compreendendo a dinâmica da população e o processo saúde-doença. A portaria relata também sobre a necessidade das ações de vigilância para intervir nos problemas e necessidades da população junto ao território.

No entanto, segundo Santos e Rigotto (2011), o território tem sido tratado de forma parcial pelos profissionais, as ações estão voltadas apenas para a dimensão gerencial dos serviços de saúde, limitando as possibilidades na identificação das questões de saúde, bem como nas intervenções dos problemas das coletividades.

O estudo de Guadagnin (2013) constatou que as equipes demonstram sensibilidade no que diz respeito à compreensão de território e dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, no entanto, não correlacionando com o modo de vida e com as necessidades de saúde dos usuários. Além do mais, são priorizadas as consultas e visitas domiciliares aos usuários portadores das patologias de maior prevalência, não assegurando a melhora das condições de saúde da população.

O autor aponta, ainda, algumas fragilidades relacionadas ao território como, por exemplo: a desvalorização do agente comunitário – profissional intimamente ligado ao território; sistema de informação reducionista e ineficaz no que diz respeito ao espaço territorial; visitas e consultas seguindo modelos previamente estabelecidos; práticas dos profissionais relacionadas a queixa-conduta; foco voltado ao indivíduo e não à família; modelo centrado no médico (GUADAGNIN, 2013).

A análise territorial implica na coleta sistemática de dados que vão informar sobre situações-problemas naquela população e naquele território, indicando suas inter-relações espaciais. Possibilita ainda, a identificação das vulnerabilidades, as populações expostas e a seleção de problemas prioritários para as intervenções. Além disso, permite a escolha de ações mais adequadas, além de viabilizar o uso da epidemiologia como ferramenta poderosa para o reconhecimento e planejamento dos problemas e situações de saúde, elaborando práticas promotoras de melhor qualidade de vida (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Portanto, a territorialização é um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de vigilância em saúde, por meio de delimitação de área e microáreas da ESF. No entanto, em muitos casos, reduz-se o conceito de território, sendo este utilizado de forma meramente administrativa, para a gestão física dos serviços de saúde, negligenciando-se o potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Segundo Gondim (2001), apoiado no estudo de Mendes (1993), muito além de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, através da territorialização é possível que se verifique a interação da população-serviços no nível local, além da caracterização da população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e, por fim, que haja sinergia com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde.

O reconhecimento desse território pelos profissionais de saúde, principalmente os agentes comunitários de saúde - que intervêm na vida cotidiana das comunidades, é um

passo básico para a caracterização do espaço geográfico, de seus problemas e necessidades de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde. Além disso, permite o desenvolvimento do vínculo entre os serviços e a população (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Apesar de todos os avanços da legislação do SUS em relação à territorialização, e, visto que a concepção de território adotada nos programas implantados nos anos 1990 tinha como referência a definição que o compreende como uma área geográfica delimitada, com uma população adscrita, não considerando a dinâmica dos territórios; desde o início dos anos 2000, os documentos oficiais (leis, portarias e decretos) vêm trazendo em seus conteúdos indicações que permitem compreendê-lo como “território usado”. Percebe-se um avanço nas normatizações legais acerca da concepção territorial, mas ainda há barreiras que ensejam a prática cotidiana, mantendo-as conforme as normativas anteriores, implantadas na década 90. É preciso, portanto, ultrapassar esta lógica e atuar na perspectiva de identificar as reais necessidades das populações no processo saúde-doença-cuidado, desenvolver as potencialidades, diversidades e peculiaridades para a produção de melhores condições de vida e saúde (BREVILHERI et.al., 2014).

Gondim (2011) relata que os espaços de produção social foram destituídos no território perdendo o potencial relacional, o que possibilitaria a transformação da prática prescritiva em práticas comunicativas e reflexivas. Para isso, é importante que a equipe conheça e identifique os determinantes sociais da saúde de modo a intervir de forma eficaz e efetiva sobre os problemas de saúde; oriente o desenvolvimento de práticas de saúde com bases nos contextos locais; potencialize o processo de trabalho no diálogo junto à população na perspectiva de fortalecimento da produção social; realize a territorialização como estratégia de aproximação das equipes com a comunidade, considerando a importância das dimensões de promoção, prevenção, proteção e assistência à saúde.

PERCURSO METODOLÓGICO

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, descritivo e exploratório. Segundo Minayo (2010), a pesquisa qualitativa aborda a realidade de algo que não possa ou não deva ser quantificado, ou seja, trabalha-se com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Esse conjunto de fenômenos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas também pelo pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com outras pessoas. Este tipo de metodologia procura desvelar processos sociais que ainda são pouco conhecidos e que pertencem a grupos particulares, sendo seu objetivo proporcionar a construção/ revisão de novas abordagens, conceitos e categorias referentes ao fenômeno estudado.

Segundo Rudio (2001), a pesquisa descritiva atenta-se em descobrir e conhecer os acontecimentos e eventos, procurando seus significados através da narração, interpretação e descrição dos mesmos.

Para Turato (2005), conhecer os fenômenos e os significados é essencial para a melhoria da qualidade da relação entre profissionais, pacientes e serviço de saúde, melhor adesão da população frente a tratamentos e intervenções individuais e coletivas, bem como o entendimento mais profundo de certos sentimentos, ideias e comportamentos das pessoas, de seus familiares e até mesmo da equipe de saúde.

Polit, Beck e Hungler (2004) descrevem que a pesquisa qualitativa parte do princípio de que o conhecimento do indivíduo só é possível com a descrição de suas experiências da forma como são vividas e descritas pelos seus próprios sujeitos.

Além disso, o ambiente natural do sujeito é o campo onde ocorrerá a observação sem controle de variáveis, sendo o próprio pesquisador o instrumento da pesquisa, no qual utiliza seus órgãos do sentido para apreender os objetos em estudo e interpretá-los, visto que a escuta durante a entrevista, leva o pesquisador próximo à essência da questão em estudo (TURATO, 2005).

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no município de Poços de Caldas, estado de Minas Gerais, localizado no sudeste do Brasil. Sua população, conforme contagem populacional fixa de 2010 é de 152.435 habitantes, sendo o município mais populoso do sul do estado. No que se refere às unidades de estratégia saúde da família, o município conta atualmente com 32 equipes cadastradas, onde as regiões leste e sul possuem total cobertura pela ESF, diferente da região centro oeste, que ainda conta com três unidades básicas tradicionais. Das 32 unidades de estratégia saúde da família, apenas 4 contam com serviços odontológicos. Cada unidade de saúde da família conta com um membro da gestão, o apoiador, que tem como função auxiliar perante as dificuldades relacionadas ao processo de trabalho e facilitar o acesso à gestão, bem como coordenar e apoiar às tomadas de decisões da equipe. O município conta com 6 apoiadores, e cada um destes profissionais, coordena em média 5 a 6 equipes.

4.3 Participantes do Estudo

Os sujeitos desta pesquisa contavam inicialmente com os membros da Estratégia de Saúde da Família (Enfermeiros, apoiadores, técnicos de enfermagem, médicos, dentistas, auxiliares odontológicos, agentes comunitários de saúde e apoiadores da atenção básica) do município de Poços de Caldas, indicados pelos respectivos apoiadores, integrando, portanto, 6 equipes, totalizando 84 membros.

Adotou-se como critério de inclusão, as equipes indicadas pelo respectivo apoiador e que concordassem em participar do grupo focal, e profissionais que estivessem na unidade de saúde da família no dia marcado para a coleta de dados.

Como critério de exclusão, foram definidos as equipes que não foram indicadas pelo apoiador, equipes que não concordaram em participar do estudo, membros que encontravam-se de férias, afastamentos médico ou outros.

As equipes de estudo foram indicadas pelos apoiadores do município conforme critério de inclusão. Foi solicitado a cada apoiador que recomendasse, dentre as equipes coordenadas por ele, duas equipes que, na sua avaliação, possuísem atuação mais voltada às

necessidades da população do território da ESF. A indicação de duas equipes por apoiador ocorreu devido à possibilidade de haver recusa de participação do estudo por parte de alguma equipe. Se a primeira equipe contatada não aceitasse participar da pesquisa seria possível a solicitação de participação à segunda equipe indicada pelo apoiador.

Entre as equipes indicadas, duas delas precisaram ser substituídas. A primeira devido ao profissional enfermeiro encontrar-se de férias e a segunda, devido à distância e dificuldade em reunir todos os membros em um mesmo local para a realização do grupo focal.

Nenhuma das equipes indicadas pelo apoiador conforme critério de inclusão, contava com o serviço de saúde bucal.

Os apoiadores das equipes foram informados sobre as datas e horários das pesquisas, no entanto, nenhum deles compareceu para participar do estudo.

Inicialmente, contava-se que cerca de 84 membros da Estratégia de Saúde da Família participassem do estudo. Porém encontravam-se de licença médica um agente comunitário de saúde e um técnico de enfermagem; quatro profissionais estavam de férias, sendo eles: dois agentes comunitários de saúde, um técnico de enfermagem e um médico. Duas equipes encontravam-se com ausência de quatro agentes comunitários de saúde e estão aguardando convocação desses profissionais para assumir o cargo. Apenas em duas equipes entrevistadas, todos os funcionários estavam disponíveis para participar de estudo. Conforme dito anteriormente, nenhum apoiador e nenhum membro da equipe de saúde bucal participaram do estudo. O total de profissionais participantes deste estudo foi, portanto, 44 membros, entre eles: 6 enfermeiros, 9 técnicos de enfermagem, 5 médicos, 24 agentes comunitários de saúde.

4.4 Etapas do Trabalho de campo

a. Aproximação do campo de estudo

Primeiramente foi realizado o contato com a secretária de saúde do município de Poços de Caldas para a solicitação e autorização para realização da pesquisa.

Após, foi realizado contato telefônico e agendamento de uma reunião com os apoiadores da atenção básica do município para expor sobre a pesquisa e posteriormente para que os mesmos indicassem as equipes que melhor se enquadravam para a realização do estudo.

Cada apoiador indicou duas equipes juntamente com o nome do responsável (enfermeiro) e telefone, que posteriormente foram contatados e então, agendado um melhor dia e horário para a realização do grupo focal.

4.6 Procedimentos para a Coleta de Dados

Foi utilizada a técnica de grupo focal com o auxílio de um roteiro semi-estruturado (Apêndice 1) que facilitou o diálogo entre pesquisador e sujeitos.

De acordo com Gondim (2003) fundamentados nos princípios de Morgan (1988), grupo focal é uma técnica de pesquisa que coleta dados por meio das interações grupais ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador.

É uma das técnicas de grupo mais comuns da pesquisa qualitativa, geralmente é aplicado em grupos homogêneos e com poucas pessoas, incentivando a participação e interação dos participantes; essa técnica tem o objetivo de coletar informações e consensos sobre um determinado tema (MINAYO, 2010).

Segundo Gatti (2005), o grupo focal permite uma série de pontos de vista, assim como a compreensão de contraposições, contradições e diferenças, apreendendo significados que, através de outros meios, poderiam não se manifestar. É uma técnica que permite o alcance de diferentes perspectivas de uma mesma questão e também a concepção de processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, bem como a compreensão de práticas cotidianas, atitudes e comportamentos prevalentes no trabalho com alguns indivíduos que compartilham traços comuns, relevantes para a investigação do problema.

Para a condução do grupo focal, é importante que o moderador e o observador permitam ao grupo o desenvolvimento da comunicação livre de pareceres da parte dele, bem como quaisquer intervenções afirmativas ou negativas sobre o assunto em discussão pelo grupo. (GATTI, 2005)

Para este autor, o interessante é que o grupo seja composto por seis a doze participantes, pois um grupo muito grande pode limitar a participação e a troca de ideias (GATTI, 2005).

Segundo Lervolino e Pelicioni (2001), para a condução do grupo, é importante o seguimento de alguns passos: Primeiramente, o moderador irá apresentar-se juntamente com outros membros (observador e relator) da equipe. Deverá expor os objetivos da pesquisa e do

grupo de forma honesta, rápida e genérica. Em segundo lugar, é importante explicar a forma de funcionamento do grupo. Além das regras gerais, deve ser explicitamente enfatizado que não se busca consenso na discussão a ser empreendida e que a divergência de perspectiva e experiências é extremamente bem vinda. O terceiro passo é solicitar consentimento ao grupo para efetuar a gravação.

A condução do grupo focal se dá a partir de um roteiro de tópicos, relacionados primeiramente com as questões de investigação que o projeto em pauta visa responder. O moderador tem um importante papel em solicitar esclarecimento ou aprofundamento de pontos específicos, conduzir o grupo para o próximo tópico quando um ponto já foi suficientemente explorado, estimular os tímidos, desestimular os que falam a maior parte do tempo e finalizar o grupo (LERVOLINO; PELICIONI, 2001).

Os grupos focais deste estudo foram realizados na própria unidade de saúde da família em dias e horários combinados anteriormente por contato telefônico, com o enfermeiro, em comum acordo com os outros membros da equipe.

No início da atividade, os participantes foram informados sobre o propósito do grupo e esclarecidos quanto à sua metodologia e temas que seriam abordados. O moderador explicou aos presentes as regras de funcionamento do grupo, sua função e a do observador no decorrer da atividade. Além disso, foi esclarecido o motivo do uso do gravador, sendo que os participantes do grupo concordaram em participar do estudo, assinando o TCLE.

Anteriormente à coleta de dados foi realizado um pré-teste com o roteiro de perguntas junto a uma equipe da estratégia saúde da família, também indicada pelo apoiador, porém os dados obtidos por esta equipe não faz parte dos resultados desta pesquisa. Esta etapa visou a verificação do tempo de duração, a clareza das perguntas e possíveis falhas metodológicas, com o objetivo de assegurar a qualidade e pertinência dos dados coletados.

Os grupos focais foram realizados durante o mês de setembro de 2015. No início de cada entrevista foi retomado junto aos entrevistados, o objetivo da pesquisa, com o intuito de buscar uma maior aproximação entre o pesquisador e o grupo.

A média de duração de cada grupo focal foi aproximadamente 50 minutos. Foram gravadas em áudio por meio de aparelho celular e posteriormente foram transcritas na íntegra.

Os grupos foram identificados pela letra G (grupo), e o número consecutivo na ordem em que foram entrevistadas as equipes. Exemplo: G1, G2...

4.7 Análise dos dados

Os dados oriundos das transcrições dos grupos focais foram analisados a partir da Análise de Conteúdo que segundo BARDIN, é definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. (BARDIN, 2004, p.9)

A proposta de Bardin (2011) constitui-se de algumas etapas para a consecução da análise de conteúdo, organizadas em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material, 3) tratamento dos resultados, 4) inferência e interpretação.

A primeira etapa denominada pré-análise é a fase em que o material será organizado e as ideias iniciais sintetizadas. Esta fase é dividida em quatro etapas: 1) leitura flutuante (estabelecer os documentos de coleta de dados, o pesquisador toma conhecimento do texto, transcreve entrevistas; 2) escolha dos documentos (seleção do que será analisado); 3) formulação de objetivos (afirmações provisórias que o pesquisador se propõe a verificar); 4) referenciação dos índices e elaboração de indicadores (através de recortes de textos nos documentos analisados, os temas que mais se repetem podem constituir os índices).

Nesta fase é importante atentar-se aos seguintes critérios na seleção dos documentos (BARDIN, 2011):

- Exaustividade: Deve-se esgotar a totalidade da comunicação;
- Representatividade: os documentos selecionados devem conter informações que representem o universo a ser pesquisado;
- Homogeneidade: os dados devem referir-se ao mesmo tema;
- Pertinência: os documentos precisam ser condizentes aos objetivos da pesquisa.

A Exploração do material é a segunda etapa do processo. Nesta fase são definidas as categorias de análise e identificadas as unidades de registro, que correspondem ao segmento de conteúdo, temas, palavras ou frases. O material é submetido a um estudo aprofundado e após, codificado, classificado e categorizado. Esta etapa é de suma importância, pois possibilita o incremento das interpretações e inferências. Na construção das

categorias, o pesquisador deve-se ater ao critério exclusividade, a fim de que um elemento não seja classificado em mais de uma categoria (BARDIN, 2011).

A terceira e última fase consiste no tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nesta etapa ocorre a condensação e o destaque das informações para análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2011).

Desta forma, baseada nos pressupostos definidos anteriormente, as análises dos resultados foram feitas da seguinte forma conforme a proposta de Bardin (2011):

Leitura flutuante: após a transcrição das entrevistas, o conteúdo foi lido repetidamente de modo à pesquisadora familiarizar-se com o conteúdo, tornando-se mais preciso.

Exploração do material: nesta fase foi realizada uma classificação que possibilitasse alcançar a compreensão do texto, determinando as unidades de registro (UR). Em seguida, foi possível codificar de acordo com a classificação das unidades de registro que foram organizadas em uma matriz (APÊNDICE 4).

Categorização: Nesta fase, as unidades de registro foram ordenadas e rearranjadas na matriz de análise conforme critérios de importância da pesquisa e critérios de repetição.

Inferência: Baseado nas categorias e subcategorias apresentadas, foram realizadas inferências e interpretações que faziam sentido ao referencial teórico proposto neste trabalho.

4.8 Aspectos éticos

Em um primeiro momento o projeto de pesquisa foi enviado à secretaria municipal de saúde juntamente com o termo de autorização institucional (APENDICE 3). Mediante resposta positiva da secretária de saúde do município de Poços de Caldas, o trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, cumprindo, portanto, a resolução CNS 466/2012 (Conselho Nacional de Saúde, 2012). O projeto foi aprovado sob parecer de número: nº 1194241.

Após a aprovação do projeto de pesquisa, deu-se início à pesquisa de campo. Anterior ao início da entrevista, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APENDICE

2) foi explicado e entregue aos sujeitos, que aceitaram e assinaram-no consentindo em participar do estudo.

***APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS
E DISCUSSÕES***

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados obtidos no presente estudo e a sua discussão encontra-se apresentados na forma de dois artigos científicos. Trata-se de uma forma alternativa de apresentação da dissertação que está de acordo com a Norma Complementar N. 14/2013 do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar.

5.1 ARTIGO 1

Título: O SIGNIFICADO DE TERRITÓRIO PARA EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Este artigo será enviado para a revista Ciência e Saúde Coletiva. Identificada no sistema Integrado CAPES com ISSN 1413-8123, com qualificação no Web Qualis B1. Portanto, encontra-se escrito segundo as normas e exigências da revista.

Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar o significado que as equipes de saúde da família atribuem ao território para o desenvolvimento de suas práticas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Foram realizados grupos focais com seis equipes de saúde da família, em um município no sul do estado de Minas Gerais. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, modalidade temática, evidenciando-se duas categorias: “Muito além da delimitação geográfica: do conceito de território à realidade do território” e “A (não) participação da equipe na delimitação do território”. Os resultados mostraram que a compreensão de território para os participantes do estudo primeiramente é restrita ao conceito de delimitação de área geográfica, mas, ao refletirem sobre sua realidade de trabalho, expressam a diversidade e a dinamicidade do seu território de atuação. Foram identificados relatos de insatisfação das equipes em relação ao processo de delimitação do território ser realizado de forma isolada pela equipe da gestão municipal e apontadas dificuldades geradas no processo de trabalho. Destacou-se a importância dos gestores valorizarem a participação dos trabalhadores e da população na delimitação dos territórios para melhoria das práticas de saúde.

Palavras Chave: Estratégia saúde da família, atenção primária a saúde, pesquisa qualitativa, cartografia.

Abstract

This article aims to analyze the meaning that family health teams attribute to the territory for the development of their practices. This is a qualitative, descriptive and exploratory research. Focal groups with six family health teams were conducted in a city in the southern state of Minas Gerais. The data were submitted to content analysis, thematic modality, demonstrating two categories: "Beyond the geographical boundaries: from the concept of territory to the reality of the territory" and "The (non) participation of the staff in the delimitation of the territory." The results showed that the understanding of territory for the participants of the study is primarily restricted to the concept of geographical area of delimitation, but, when it is reflected on the work reality, it demonstrates the diversity and dynamism of the acting territory. Staff dissatisfaction narratives were identified in relation to the process of demarcation of the territory to be held in isolation by the staff of the municipal administration and difficulties were pointed out in the working process. The importance that managers value the participation of workers and the population in the delimitation of the territories to improve health practices was emphasized.

Keywords: Family health strategy, primary health care, qualitative research, cartography

Introdução

Este trabalho destina-se ao conhecimento e análise do significado do conceito de território que as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) lhe atribuem para o desenvolvimento de suas práticas e para a produção do cuidado, visando alcançar a missão atribuída à ESF. O espaço geográfico constitui um local onde vários sujeitos sociais atuam coletivamente com a intenção de promover a melhoria das condições de saúde e de vida, podendo-se afirmar que na ESF, a apropriação do território permite conhecer as condições em que os indivíduos moram, vivem, trabalham e adoecem, implicando na responsabilização da equipe pelos indivíduos e pelos espaços que ocupam.

Em busca da reorientação do modelo assistencial, com o objetivo de substituir as práticas convencionais - voltadas para a cura de doenças, o Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1994, e posteriormente em 2006, passou a ser desenvolvido como Estratégia Saúde da Família (ESF), após a Política Nacional de Atenção Básica¹.

A Atenção Básica, como é reconhecida no Brasil, é uma estratégia de organização da atenção à saúde, na qual busca responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada às necessidades de saúde da população através de ações de promoção da saúde,

bem como preventivas e curativas, com o desenvolvimento da atenção integral a indivíduos e comunidades, de forma a possibilitar o aumento da autonomia das pessoas e a melhoria da situação de saúde da população e de seus determinantes e condicionantes ^{2,3}.

A ESF tem a atenção centrada na família a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita uma compreensão ampliada do processo saúde doença e necessidade de intervenções além da prática curativa. Tem como princípios a integralidade e a hierarquização, aumentando a responsabilidade do sistema de saúde com a qualidade da atenção e do cuidado, ampliando o comprometimento com os usuários e o território em que se localizam ^{4,1}.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima à vida das pessoas. É orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social ².

A adscrição da população e do território de atuação também constituem um dos princípios da ESF. O processo de territorialização consiste em uma etapa fundamental de reconhecimento da área pelos respectivos trabalhadores, em que ocorre a cartografia do território a partir de mapas ². Pensando em uma visão ampliada, compreender o território, implica atribuir-lhe identidade social, considerando questões ambientais, epidemiológicas, culturais e socioeconômicas, bem como as condições de moradia, organização de poderes, ocupações e indicadores de qualidade de vida da população, além da determinação da situação sanitária, avaliando riscos e potencialidades, superando a ideia tradicional de que o território trata-se apenas de delimitação de um espaço geográfico, área de abrangência com clientela adscrita ⁵.

Sob tal ótica, utilizar o território como mera delimitação de uma área, através de mapeamentos e esquadramento de espaço, é reduzir o potencial de análise do cotidiano das populações, condição fundamental para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, garantia da efetividade do acesso e das repostas às necessidades reais dos usuários, tal como detecção de vulnerabilidades e riscos, e análise sobre a situação de saúde daquela população. Sendo assim, o território não pode ser visto apenas do ponto de vista quantitativo, definido por casas, quadras e bairros. É preciso analisá-lo no aspecto cultural, nas relações entre a sociedade e o meio ambiente ⁶.

A proposta de territorialização demanda mais tempo, envolvimento e diálogo entre os profissionais. Demanda também, conteúdos, habilidades e atitudes nem sempre oferecidas nos tradicionais processos de formação dos profissionais. Pressupõe uma

compreensão ampliada do processo saúde doença na complexidade do território, visto que os projetos sociais nascem da necessidade de saúde da localidade, e não de programas verticais impostos pelo nível central ⁷.

Paradoxalmente, as políticas que norteiam o processo de trabalho na atenção básica, orientam a realização de ações para grupos específicos – crianças, mulheres, idosos, trabalhadores e adultos, contribuindo para a fragmentação das ações, uma vez que esses grupos específicos passam a ser atendidos prioritariamente, colaborando para que os profissionais não incorporem práticas voltadas à integralidade e à promoção da saúde, embasadas na compreensão ampliada de saúde e território ⁸.

Por outro lado, a crescente responsabilização dos municípios na organização das ações de saúde, vem indicando a necessidade de formação dos trabalhadores para ações de base territorial concretizadas através de práticas gerenciais e sanitárias sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados pelos quais assumem responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade do território em que vivem. Entretanto, sabe-se que o processo de territorialização tem sido aplicado de forma restrita, constituindo mera localização e distribuição dos serviços, não relacionando os determinantes e condicionantes do processo saúde/doença com o modo de vida e necessidades da população, tornando a prática fragmentada e não garantindo melhores condições de saúde a estes usuários. Todavia, algumas literaturas demonstram avanços na direção do planejamento participativo, passando a ser proposto como ferramenta para o empoderamento local, sendo praticados como forma de participação popular ^{9,10}.

A incorporação da visão ampliada de território, voltadas ao cuidado coletivo, ainda enfrenta muitas dificuldades nos serviços de atenção primária, configurando-se como um desafio para as práticas das equipes de saúde da família ¹¹.

É necessário então, ampliar o olhar, para que seja possível difundir conhecimentos, mobilizar, educar, criar e empoderar sujeitos coletivos na prática da promoção da saúde e na utilização adequada do território como instrumento de melhoria do trabalho, para que a população esteja ciente da situação de saúde, visto que estas informações não podem interessar apenas os profissionais, ela deve ser difundida no intuito de envolver todos os atores no processo, exercendo assim, a corresponsabilidade ^{6,7}.

É possível compreender os avanços no modelo de atenção da ESF em sua proposta de ampliação da atuação no território, mas também perceber algumas lacunas, as quais podem ser destacadas: Trabalho ainda centrado no profissional médico, orientado para a cura de doenças e realização de procedimentos, atendimento prioritário à demanda espontânea

e urgências, sistemas de informação ineficazes, organização do processo de trabalho voltado para a lógica programática, não atendendo as reais necessidades de saúde da população.

Exerga-se que há necessidade em melhorar a formação dos profissionais de saúde dentro das universidades e de promover mais processos de educação dos trabalhadores para que as equipes consigam, cada vez mais, romper com o modelo medicocêntrico pautado em queixa-conduta e com o desenvolvimento majoritário de ações preconizadas pelo Ministério da Saúde e, desta forma, ampliar seu olhar em relação às famílias e ao território em seus aspectos geográficos, culturais e de diversidades sociais. É necessário também, incorporar críticas e diálogos que contemplem a redefinição das ações de vigilância e promoção da saúde ^{12,13,14}.

Sabendo-se da relevância de se atuar em território definido para compreensão ampliada dos determinantes e condicionantes da saúde, identificação de necessidades e avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde da população, buscou analisar o significado que as equipes de saúde da família atribuem ao território para o desenvolvimento de suas práticas, dado que o trabalho na ESF está quase que restritivamente centrado no território, tendo como desafio a superação da prática clínica, com abordagem individual, tornando-se importante a discussão, análise e reconhecimento do território e seus contextos, como forma de potencializá-lo para a resolução dos problemas de saúde e intervenção na vida das comunidades em direção às melhorias das condições de vida.

Métodos

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório. A pesquisa qualitativa aborda a realidade de algo que não possa ou não deva ser quantificado, ou seja, trabalha-se com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Esse conjunto de fenômenos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas também pelo pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com outras pessoas ¹⁶.

O estudo foi realizado em um município localizado no sul estado de Minas Gerais. Sua população, conforme contagem populacional fixa de 2010 é de 152.435 habitantes, sendo o município mais populoso do sul do estado. O município possui atualmente 32 equipes de saúde da família cadastradas, divididas em 3 regiões. As regiões leste e sul possuem total cobertura por ESF, diferente da região centro oeste, que possui três unidades

básicas tradicionais. Todas as unidades de saúde da família contam com a atuação de um apoiador vinculado à gestão do município que tem como função, auxiliar nas dificuldades relacionadas ao processo de trabalho e facilitar o acesso à gestão, bem como coordenar e apoiar às tomadas de decisões das equipes. O município conta com seis apoiadores, sendo que cada um apoia em média 5 a 6 equipes.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o parecer nº 1194241, cumprindo a resolução CNS 466/2012.

Foi realizada reunião com os apoiadores da atenção básica na qual foi apresentada a proposta da pesquisa e solicitada a indicação de equipes que eles julgassem mais adequadas naquele momento, para a realização do estudo. Cada apoiador indicou duas equipes juntamente com o nome do responsável (enfermeiro) e telefone, que posteriormente foram contatados e com os quais agendados o melhor dia e horário para a realização de um grupo focal.

Adotou-se como critério de inclusão as equipes indicadas pelo respectivo apoiador que concordassem em participar da pesquisa e trabalhadores da equipe que estivessem na unidade de saúde da família no dia da realização do grupo focal.

Os sujeitos desta pesquisa foram os integrantes de seis equipes da Estratégia de Saúde da Família (enfermeiros, apoiadores, técnicos de enfermagem, médicos, dentistas, auxiliares odontológicos e agentes comunitários de saúde) do município, totalizando 44 trabalhadores.

Para a coleta de dados, foi utilizada a técnica de grupo focal com o auxílio de um roteiro semiestruturado, enfocando questões sobre a concepção e análise do significado de território, facilitando o diálogo entre pesquisador e sujeitos. O grupo focal ou entrevista em grupo é uma das técnicas mais comuns da pesquisa qualitativa, que é indicada para grupos homogêneos, com vistas a incentivar a participação e interação dos participantes e tem como objetivo coletar informações e consensos sobre um determinado tema ¹⁶. Foram realizados seis grupos focais, um com cada equipe participante da pesquisa, durante o mês de setembro de 2015. Antes de iniciar a discussão, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE foi explicado e entregue aos sujeitos, que aceitaram e assinaram-no consentindo em participar do estudo.

A duração média dos grupos foi de aproximadamente 50 minutos. As discussões foram gravadas em áudio por meio de aparelho celular e posteriormente transcritas na íntegra.

Para garantir o anonimato, as equipes foram identificadas com a letra G e o número consecutivo da ordem em que os grupos focais foram realizados.

Os dados oriundos das transcrições dos grupos focais foram analisados a partir da análise de conteúdo que é definida como um conjunto de técnicas de análise do conteúdo manifesto nas comunicações que se organiza fundamentalmente em três polos: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados, por meio da inferência e interpretação¹⁷. Neste estudo, utilizou-se a técnica de análise categorial, na modalidade temática¹⁷, seguindo-se as seguintes etapas metodológicas: leitura flutuante, exploração do material, categorização e inferência¹⁶. Após a identificação e agrupamento dos resultados em núcleos de sentido, foram construídas duas categorias temáticas: 1. “Muito além da delimitação geográfica: do conceito de território à realidade do território” e 2. “A (não) participação da equipe na delimitação do território”.

Resultados e Discussões

Muito além da delimitação geográfica: do conceito de território à realidade do território

A territorialização é um dos pressupostos básicos do processo de trabalho na ESF e os participantes do estudo, de forma geral, iniciaram as discussões conceituando-a como área geográfica delimitada, definindo o território como o local de trabalho e atuação da equipe de saúde da família, conceituação muito semelhante à descrição de portarias que nortearam o início da implantação das equipes de saúde da família no Brasil:

É a delimitação da área que vai ser atendida pelo PSF, delimitação do número de famílias, né?! O número de famílias que o PSF vai assistir. (G2)

O território de abrangência do PSF, é onde a gente atua, é uma área que fica delimitada por condições geográficas. (G1)

O território é uma área delimitada, é uma área específica pra gente desenvolver os trabalhos, é um espaço pra desenvolver atividades, espaço pra convivências, o território é um espaço específico, uma área específica, área geográfica determinada. (G5)

É a área que trabalhamos. Na verdade é uma marcação geográfica definida onde nós trabalhamos (G3)

Os profissionais verbalizaram esse conceito operacional de área geográfica referindo também às suas subdivisões, as micro áreas, como base para desenvolvimento do seu trabalho. Isso pode ser visualizado nos seguintes trechos das falas:

No nosso caso, ela é dividida por micro áreas, este território é separado por micro áreas e a gente trabalha nessas micro áreas. (G3)

Nós separamos por micro área, então a gente trabalha dentro daquela área nossa ali [...]. Nosso próprio território, tem pequenos territórios, são as micro áreas. (G5)

Território é a área total pela qual somos responsáveis pelo acompanhamento das famílias e composta por micro áreas, e essas micro áreas são acompanhadas pelos agentes de saúde. (G6)

Outro conceito expressado durante o grupo focal, foi a utilização do território de abrangência como critério de inclusão e exclusão para atendimentos de pessoas que não fazem parte da área coberta pela ESF.

Tem umas outras áreas que não é nossa, mas a gente acaba abrangendo, embora não tá separado pra gente, é fora de área, só que quando precisa, a gente atende porque são pessoas que necessitam do atendimento, a gente não vai excluir aquelas pessoas, porque elas vem aqui às vezes perdida e manda pra um lugar, manda pra outro, se a gente tem condições de atender, a gente vai atender também. (G1)

A concepção de território adotada nos programas do Ministério da Saúde na década de 90 apresenta-o de forma reduzida, apenas como a compreensão de uma área delimitada¹⁸. No entanto, neste período, algumas reflexões deram lugar a propostas mais amplas do que simplesmente considerar o território político administrativo, reafirmando que a base territorial é um passo básico para a caracterização da população, de seus problemas de saúde, bem como a avaliação do impacto das ações do sistema sobre os níveis de saúde da população e para a criação de vínculo entre serviços de saúde e população adscrita¹⁹.

Ademais, no início dos anos 2000, os documentos oficiais passaram também a apresentar um conceito mais amplo de território, considerando os aspectos culturais, sociais e biológicos¹⁸.

A Política Nacional de Atenção Básica determina em um de seus fundamentos e diretrizes, a adscrição do território, de modo que ocorra o planejamento, a programação e as ações voltadas aos determinantes e condicionantes da saúde das coletividades que estão inseridas nesse meio, às situações de risco existentes, assumindo responsabilidade sanitária e considerando a dinâmica existente nesse território².

Nas diretrizes oficiais, podem ser destacados três sentidos atribuídos ao território: de demarcação de limites das áreas geográficas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e, verticais como os centros de referência ¹¹. Nesse sentido, área geográfica delimitada é um dos significados de território na saúde da família. Contudo, mesmo com esses conceitos mais abrangentes de território, a sua operacionalização ainda vem sendo tratada de forma reducionista por grande parte dos profissionais, sendo visto muito mais para fins gerenciais dos serviços de saúde, do que para identificação de potencialidades e problemas locais ⁷.

A literatura aponta que há também dificuldade na aplicação e uso da terminologia “territorialização” por gestores locais que, em geral, a reduzem a uma linha traçada no mapa, ou seja, à criação de limites para atuação dos serviços ¹⁵. Vê-se a necessidade de que as equipes não reduzam o território apenas a uma área de abrangência, em termos demográficos, de quantificação da população adscrita, pois a ausência de propostas para a tipificação dos territórios pode limitar substancialmente a eficácia das ações das equipes ¹¹.

Todavia, alguns trabalhadores das equipes participantes das discussões em grupo verbalizaram a ampliação do conceito de território ao incluírem os equipamentos sociais como integrantes deste espaço e a importância dos mesmos na constituição destes ambientes.

[...] território é uma população adscrita que está sob responsabilidade. Não é o território em si, mas a população que está cadastrada na unidade. Entra também os comércios, tudo que faz parte [...] creche, escola, o que tiver de apoio, as igrejas, tudo que é ponto comercial ou de apoio pra população que faz parte dessa área adscrita, né?! E está incluída toda população que nela está, que vive ou trabalha também. (G2)

Identificou-se que embora nas discussões sobre as concepções e conceituações de território houve uma tendência dos participantes ao conceito de delimitação geográfica, quando os mesmos passam a dialogar sobre a realidade do território sob sua responsabilidade, algumas falas passam a expressar a importância das características sociais e de saúde no desenvolvimento e planejamento de ações para melhorias do ambiente e das condições de saúde das pessoas nele inseridas:

Nesta área também fazemos atividades de promoção de saúde e, além disso, pesquisar também quais os riscos psicológicos, sociais e comunitários que tem as pessoas que ficam nesta área para tentarmos melhorar o mundo destas pessoas e melhorar os índices

de saúde. [...] nós vamos atender conforme o perfil da população e desenvolver as atividades através de situação de risco. [...] O território é uma área separada para um grupo de profissionais que cuida da saúde visando os riscos sociais junto com a comunidade, fazendo um trabalho com os órgãos públicos para cuidar da família. (G1)

Seria delimitar essa área pra que a equipe, deveria pelo menos, todos possam conhecer aquele território muito bem, saber de todo o diagnóstico situacional, pra gente saber intervir melhor. [...] E aí, se eu conhecer bem aquele território, eu consigo desenvolver ações de maneira a ajudar aquela comunidade. (G6)

As falas desses trabalhadores corroboram com a concepção de que a apreensão e compreensão do território é uma etapa primordial para a caracterização das populações, bem como de seus problemas de saúde, permitindo a avaliação dos impactos dos serviços sobre os níveis de saúde da população. Desta forma, parece que há valorização do paradigma da promoção da saúde, para orientar ações amplas e coletivas ¹⁵.

A análise do perfil da população bem como dos riscos, é relacionada com a compreensão de território e parece se constituir como um elemento norteador do processo de trabalho dessas equipes de saúde da família.

Em um dos trechos apresentados acima, nota-se que o trabalhador da equipe participante se coloca como responsável pela melhoria das condições de saúde do território, mas aponta a importância de se atuar com as próprias pessoas que vivem no local e com outros setores da gestão pública para alcançar saúde.

É possível identificar que alguns posicionamentos de participantes do estudo com relação ao conceito do território real, estão ligados a uma prática de saúde mais abrangente, que ultrapassa o cuidado a doenças, visando a integralidade do cuidado, a partir da construção de um conhecimento ampliado sobre a situação de saúde da população do território.

Os resultados também apontam a percepção de dinamicidade do território, definindo o território como produto das dinâmicas sociais e culturais:

Ele é uma construção totalmente dinâmica, porque o território não contempla só o local e as famílias, mas [...] também está inserido dentro de uma esfera cultural, uma esfera social. Acho que o território se dá muito por essas relações. É a pessoa que trabalha, não mora aqui, mas trabalha aqui, é a pessoa que tem sua descoberta afetiva amorosa aqui, a pessoa que estuda, que transita pelo território. Então o território é muito dinâmico, geralmente ele tem que ser sempre redividido e redesenhado e redesenhado e redesenhado, porque ele é dinâmico, ele muda muito. As famílias conforme o crescimento, o crescimento

das cidades, a cidade cresce pra um lado, cresce para o outro, a gente tem sempre que reavaliar como este território vai se construir, lembrando muito isso, ele é fruto da construção da relação da unidade de saúde da família com as pessoas. (G6)

Essa fala apresenta a necessidade de que o processo de territorialização seja contínuo e busque captar além do mapeamento inicial e da delimitação da área, as distintas dinâmicas que emergem a todo tempo neste local. Entre essas dinâmicas, estão, por exemplo, as áreas desocupadas, áreas de vulnerabilidades e riscos, a chegada de novos processos produtivos e tecnológicos, que embora possam apresentar interesses sociais, são portadores e viabilizadores de possíveis fragilidades, acarretando danos e agravos à população e comunidade local, bem como no ecossistema⁷.

A análise dessa categoria temática mostra que a conceituação de território captadas nas discussões com as equipes de saúde da família estudadas, apresenta as limitações e restrições apontadas por diversos autores ao relacionarem o conceito de território à delimitação de área geográfica, porém, por outro lado, é possível perceber uma visualização ampliada e aprofundada do território real, aquele que é cenário da sua atuação cotidiana, mostrando equipes que expressam a necessidade de identificar, analisar e intervir nas situações e problemas de saúde do território pelo qual são responsáveis em sua diversidade e dinamicidade. Esta ampliação do olhar sobre o território pode significar a busca de algumas equipes pela superação dos limites da prática convencional, medicocêntrica e focada somente nas ações curativas, para a adoção de práticas de saúde voltadas às necessidades do coletivo que compõem o território, com ações de promoção e vigilância em saúde da população.

A (não) participação da equipe na delimitação do território

Nas discussões, as equipes mostraram insatisfação com relação ao processo de delimitação do território atribuído às equipes de saúde da família. Relataram que não participam ativamente do processo de territorialização, ficando a critério da equipe da gestão do município a definição da área geográfica:

Eu acho assim, falta esse olhar com atenção pra quem conhece o território, estar participando e interferindo, se houver uma nova proposta de mudança, de re-territorialização, com certeza a equipe tem que ser a primeira a ser chamada, toda a equipe. Não só um membro, mas todo mundo tem que participar. (G4)

Eu acredito que quando eles vão fazer a divisão, não vem conhecer o lugar, porque o pessoal da coordenação não vem conhecer o lugar pra delimitar essa área, essas micro áreas. Eu acho que ocorre um erro da parte deles nesse sentido, por que eles só conhecem o papel, o mapa que eles têm ali, não conhece a realidade de cada bairro. (G3)

Em suas falas, os trabalhadores apontam que as equipes precisariam participar da delimitação do território, pois alegam que a gestão não conhece a realidade do local e se baseiam no mapa geográfico.

Outra dificuldade expressa pelas equipes refere-se à grande quantidade de famílias e pessoas pelas quais as equipes assumem a responsabilidade sanitária.

O número de população que a secretaria quer que aumente cada vez mais. Acho que isso dificulta para as agentes comunitárias acompanharem mais de perto as famílias, pra equipe de enfermagem e principalmente pra médica. Cada dia aumenta mais a população, a agenda fica... fica mais difícil agendar uma consulta... (G2)

Eu acho que quanto maior o território, mais difícil de você trabalhar, às vezes o que você queria dar uma atenção, você não consegue porque o território é muito grande, ou tem muita demanda de algumas características próprias, como por exemplo, se é um território que é grande e além disso tem muito idoso, muito usuário de droga, então é mais difícil de você trabalhar. Se for um território, às vezes grande, mas com menos problemas de saúde, é mais fácil de trabalhar, então interfere sim, tanto tamanho, quanto característica. E isso não é visto pra definir território, né?! O território é somente por número de habitantes. (G3)

As equipes denotaram que a gestão municipal não valoriza o conhecimento e experiência com a área e com a população no momento de delimitação do território e do número de pessoas a serem incluídas.

As falas dos participantes do grupo divergem da Política Nacional de Atenção Básica no qual estabelece como atribuições comuns a todos os profissionais participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local ⁴.

Logo, a territorialização é uma ação de fundamental importância, pois através dela é possível reconhecer o diagnóstico da área e a situação de saúde, bem como conhecer o espaço de atuação, planejar e implementar ações estratégicas que garantam resolubilidade ao sistema ⁶.

Além disso, a Política Nacional de Promoção da Saúde considera prioritário o uso de metodologias de reconhecimento do território, em todas as suas dimensões: demográfica, epidemiológica, administrativa, política, tecnológica, social e cultural como instrumento de organização dos serviços de saúde ⁴.

Ao estudar os documentos do Ministério da Saúde que tratam sobre a organização da Estratégia Saúde da Família, é perceptível que em 1994 a única preocupação era a quantidade de famílias (800 a 1000), inseridas em uma área geográfica ¹¹. O que erroneamente acontece, é a divisão do território de forma aleatória, baseado na soma de imóveis e agrupamento de quarteirões. No entanto, o espaço é dotado de complexidades, sendo que este tipo de divisão não atende os princípios de acesso e equidade, preconizados pelo SUS ⁶.

Recomenda-se então, considerar as diversidades políticas, econômicas, a densidade populacional e a acessibilidade aos serviços ¹¹.

Além do mais, para a implantação do programa, cada equipe deve ser responsável por no máximo 4000 famílias, sendo a média recomendada 3000, respeitando critérios de equidade para esta definição¹. É necessário considerar fatores de risco, barreiras geográficas e culturais, indicadores de saúde muito ruins, vulnerabilidades, sendo que quanto mais vulnerável, menor deverá ser a quantidade de pessoas pela qual a equipe é responsável. Ainda, é essencial a discussão com a população e lideranças de bairro, iniciando então o processo de apropriação territorial, buscando apoio comunitário para a consolidação das ações. A etapa seguinte corresponde ao mapeamento da área e análise da situação de saúde para nortear a tomada de decisão tanto da equipe, quanto da gestão. Outra estratégia importante no processo de territorialização é o *feedback* entre gestão e equipe com a população, buscando aproximá-la da vigilância em saúde, uma vez que as convida para dentro do processo, conferindo caráter de corresponsabilidade na saúde do território⁶.

A fala de um dos participantes descrita acima, a respeito da análise e importância das características do território para além da quantidade de famílias converge com o que é apontado por estudo ao referir que a exclusiva alusão à quantidade populacional para a definição do território, sem a proposta de tipificá-lo, limita a eficácia das ações ¹¹.

Desta forma, é possível analisar através das falas dos entrevistados, que para estes profissionais que vivenciam o processo de trabalho diário, várias dificuldades são apontadas quando não se realiza a territorialização da forma adequada e preconizada pelas portarias, ou seja, sem a participação dos profissionais que compõem a equipe, da população

residente no território, bem como uma análise detalhada de todo o processo cultural, socioeconômico, de saúde e doença e aspectos demográficos.

Percebe-se então, que mesmo sendo um programa no qual tem como princípios a ampliação do acesso e o controle social, este foi implementado de forma vertical. É importante ressaltar a necessidade em reorganizar o desenho do território, com vistas à melhoria da organização da assistência. Esse novo olhar deve ser pautado na percepção do território como processo dinâmico de relações e de expressão do processo saúde-doença. Há de se superar a lógica normativa da territorialização, pautada no número de famílias e pessoas, avançando-se na apropriação do território através de uma reflexão crítica da análise da situação de saúde e com a participação dos atores envolvidos.

Visto que a Política Nacional de Atenção Básica assinala que a gestão municipal deve programar suas ações a partir de sua base territorial e de acordo com as necessidades de saúde da população, faz-se necessário escutar os profissionais e os usuários, buscando identificar a realidade de cada ESF para que ocorra o planejamento e a análise da situação de saúde com enfoque no território, bem como para a contribuição da qualidade da assistência.

Vale destacar que a territorialização não deve acontecer após a demarcação e delimitação da área de abrangência das equipes de saúde da família, pois é necessário valorizar as especificidades de cada território. Acredita-se que a análise da situação de saúde, bem como a liberdade da equipe em planejar e organizar as ações conforme sua realidade é um elemento facilitador para a construção do trabalho. Tanto o planejamento local, utilizando critérios epidemiológicos, quanto a definição das ações, das metas e das prioridades através de mapeamento, devem considerar as peculiaridades dos territórios e deve contar com a participação dos gestores, profissionais e usuários. Somente assim será possível a ESF alcançar os objetivos e programar suas ações com base nas necessidades da população, garantindo o acesso, o acolhimento, a equidade e a produção da saúde nos territórios⁸.

Outra dificuldade apresentada nas discussões das equipes, na maioria das vezes, verbalizado pelos agentes comunitários de saúde, refere-se ao acesso às áreas de abrangência do território. Normalmente as queixas ocorrem devido ao relevo e a distância entre a unidade de saúde e as áreas onde necessitam prestar assistência domiciliar.

Porque a nossa área, é muito morro e é muito extensa. As meninas vão mais de um quilômetro andando na casa dos pacientes. A área tem um problema de acesso, é fora de mão, tem paciente vulnerável lá, paciente que realmente precisa de cuidado, a gente leva medicação, tudo, mas quando o carro vem. (G1)

O acesso, acho que isso tem muito a ver com a saúde. Se a unidade fica num lugar sem escadas, sem morro pra chegar na unidade, a população procura mais.(G2)

Tem dificuldade de acesso, o relevo, ele faz muita diferença, inclusive para as visitas domiciliares, para você ter uma atenção, uma dedicação maior, tanto para a equipe ir até o local necessário para os pacientes, quanto para os pacientes dirigirem até aqui. É um bairro com muitos morros. (G4)

Embora a acessibilidade extrapole as questões geográficas, e outras questões como condições de vida, renda, educação, nutrição e habitação devam ser debatidas para o cumprimento deste princípio, é importante considerar que todos os atores envolvidos discutam em prol de melhorias das condições necessárias para a efetivação do acesso, visando a reorganização dos serviços de saúde com outras iniciativas que objetivam a melhoria do espaço onde a população está inserida, posto que as desordens físicas, tanto naturais quanto construídas pelas ações humanas, estão associadas à piores condições de saúde.

A política de adscrição da clientela preconizada pela ESF pressupõe a inclusão de parcelas da população e exclusão de outras. Muitas vezes a área não possui uma unidade de saúde, o que obriga a instalação da sede em salas emprestadas ou em unidades de saúde de outras áreas. Desta forma surge um conflito entre os princípios de acessibilidade e universalidade determinados pela Política Nacional de Atenção Básica ¹¹.

A partir da observação destes princípios com relação à adscrição da clientela e acessibilidade, é possível analisar, conforme a fala dos participantes do estudo, uma inadequação do processo de implantação das equipes nestes locais e o modelo utilizado para a realização da territorialização. Desta forma, questiona-se se foram consideradas as dinâmicas familiares, as características demográficas e sociais, o perfil de saúde-doença, tal como as considerações sobre a facilidade de acesso e relevo, ou se apenas foi realizado um mapeamento burocrático de delimitação de área geográfica de maneira vertical. Uma recomendação poderia ser a discussão com as equipes e usuários sobre a necessidade de rever a delimitação de territórios que apresentarem os problemas aqui relatados, para que as equipes consigam realizar seu processo de trabalho de forma adequada, apropriando-se melhor do local de atuação.

Considerações Finais

Ao analisar o significado que as equipes de saúde da família atribuem ao território, evidenciou-se que os participantes do grupo focal definiram-no como área

delimitada ou área de abrangência de atuação da equipe, sendo estas falas muito próximas às definições das portarias ministeriais da década de 90, período em que o Programa Saúde da Família foi implantado.

Apesar da maioria dos discursos representarem o território como delimitação de área geográfica, muitos participantes expressaram a importância da valorização das características sociais, geográficas, demográficas e de saúde, a importância do planejamento local e a realização do diagnóstico situacional do território de atuação dessas equipes, tendo em vista a melhoria do processo de trabalho e das condições de saúde do território.

Desta forma, é possível perceber nas falas dos grupos focais que ao referirem ao conceito de território, os discursos são limitados e reducionistas. No entanto, ao aprofundar o diálogo sobre a realidade do território, os profissionais demonstraram um olhar ampliado sobre o local de atuação destas equipes, buscando estender o desempenho para além da prática convencional focada nas ações curativas. Demonstraram também a importância de redesenhar e redefinir este território constantemente devido às modificações de dinâmicas do local, podendo ocasionar novos problemas e vulnerabilidades que necessitem de mudanças no diagnóstico de saúde e nas intervenções por parte das equipes.

Evidenciou-se que os participantes do grupo focal demonstraram insatisfação por não participarem ou não terem participado do processo de territorialização, bem como do mapeamento da área de atuação da equipe. Referem que a implantação destes territórios foram realizados de forma vertical, sem considerar a análise detalhada do local, valorizando apenas o número de famílias e pessoas.

Tais evidências mostram a necessidade dos gestores revisarem a prática de mapeamento para além do número de famílias, levando em consideração questões relacionadas ao acesso, às necessidades e vulnerabilidades do local, as dinâmicas familiares, ao processo saúde-doença, superando a lógica normativa da territorialização, de forma a valorizar o conhecimento das equipes sobre seus territórios, objetivando aprimorar a prática e o processo de trabalho desses profissionais e consequentemente, a melhoria da assistência prestada.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011. Revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família

(ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF), 21 de outubro de 2011.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): **Ministério da Saúde**, 2012.

3. MATTA, G. C.; MOROSINI, M.V.G. Atenção primária à saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**, 2010.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 687 de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília (DF): **Ministério da Saúde**, 2006.

5. JUNGES, JR.; BARBIANI, R. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: Uma leitura bioética. **Revista Bioética**, 2013; 21(2): 207-217.

6. BEZERRA, a. CV. Políticas de proximidade em saúde e territorialização das ações. Recife (PE): **Portal DSS Nordeste**, 2013. Disponível em: <http://dssbr.org/site/opinioes/politicas-de-proximidade-em-saude-e-territorializacao-das-acoes>.

7. SANTOS, AL; RIGOTTO, R.M. Território e territorialização: incorporando as relações de produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica. **Trabalho, educação e saúde**, 2011; 8(3): 387-406.

8. PESSOA; VM; Rigotto, RM; Carneiro, FF; Teixeira, ACA. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência e saúde coletiva**, 2013; 18(8): 2253-2262.

9. MONKEN, M. Contexto, território e o processo de territorialização de informações: Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde. In: Barcellos, C. A geografia e o contexto dos problemas de saúde. Rio de Janeiro: **Abrasco**, 2008. p. 141-164.

10. FARIA, R. O território e as redes de atenção à saúde: Intercambiamentos necessários para a integração das ações do sistema único de saúde (SUS) no Brasil. **Boletim de geografia**, 2014; 32(2): 173-191.

11. PEREIRA, MPB; BARCELLOS, C. O território no programa saúde da família. **HYGEIA – Revista brasileira de geografia médica e da saúde**, 2006; 2(2): 47-55.

12. ROSA, WAG,; LABATE, R.C. Programa de saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista latino-americana de enfermagem**, 2005; 13(6).

13. ESCOREL, LS; GIOVANELLA, L; Mendonça, MHM; Senna, MCM. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, 2007; 164-176.

14. TEIXEIRA, CF. **Promoção da Saúde e SUS: Um diálogo pertinente**. In: Teixeira, CF.; Solla, JP. Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p. Disponível em: <http://books.scielo.org>

15. MONKEN, M; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, 2005; 21(3): 898-906.
16. MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.
17. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011
18. BREVILHERI, ECL.; Narciso, AMS.; Pastor, M. A lógica territorial na política brasileira. **Serv. Soc. Rev.**, 2014; 16(2): 36-61.
19. UNGLERT, CVS. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec - ABRASCO, 1993.
20. FARIA, RMA territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Revista brasileira de geografia médica e da saúde**, 2013; 9(16): 131-147.

5.2 ARTIGO 2. Necessidades e ações de saúde voltadas para o território da saúde da família

Este artigo provavelmente será enviado para o periódico Revista da Escola de Enfermagem da USP (ISSN 1980-220X), classificada no Sistema Integrado CAPES como WebQualis A2. Nessa perspectiva, está sendo elaborado conforme as normas e exigências dessa revista.

Health actions and needs in the family health territory

Maria Dorise Simão Lopes Gurgel¹ Enfermeira, Mestranda no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (PPGEnf/UFSCar), São Paulo, Brasil.

Cássia Irene Spinelli Arantes² Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos e do PPGEnf/UFSCar, São Paulo, Brasil.

RESUMO

Este artigo objetivou apreender as potencialidades e limitações apontadas pelas equipes de saúde da família no desenvolvimento de práticas voltadas ao território na perspectiva da integralidade do cuidado à saúde na atenção primária. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Foram realizados grupos focais com seis equipes de saúde da família, em um município no sul do estado de Minas Gerais. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, modalidade temática, evidenciando-se três categorias: Compreensões e estratégias de enfrentamento das (a) diversidades do território, Desenvolvimento de práticas voltadas ao território: possibilidades e dificuldades, O papel da gestão municipal no apoio das ações voltadas ao território. Os resultados apontam que o acesso é um fator limitante no desenvolvimento das práticas das equipes. Expressam sobre o apoio matricial ser um potencializador do trabalho, e a precarização dos sistemas de informação limitar as ações dos trabalhadores. A gestão foi vista como incipiente, auxiliando minoritariamente no processo de trabalho e nas discussões. Ressalta-se a importância da participação dos gestores no apoio a estas equipes, bem como maior interação dos trabalhadores com os usuários e território.

Palavras Chave: Estratégia saúde da família, atenção primária a saúde, pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

This article aimed at understanding the potentials and limitations identified by family health teams in developing practices in the territory from the perspective of integrality of health care services in primary care. This is a qualitative, descriptive and exploratory research. Focal groups with six family health teams were conducted in a city in the southern state of Minas Gerais. The data were submitted to content analysis, thematic modality, demonstrating three categories: Understandings and coping strategies in the diversity of the territory, development of practices in the territory: possibilities and difficulties, the role of municipal management in supporting actions to the territory. The results demonstrate that access is a limiting factor in the development of the practice of the teams. They explore the matrix support to be a potentiator of work, and the precariousness of information systems to limit the actions of employees. The management was seen as incipient, helping minority in the work process and discussions. It emphasizes the importance of the participation of managers in supporting these teams, as well as greater interaction of workers with users and territory.

Keywords: Family health strategy, primary health care, qualitative research.

INTRODUÇÃO

Este artigo refere-se ao conhecimento das potencialidades, adversidades e deficiências indicadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) na construção das práticas voltadas ao território, posto que este território é heterogêneo, possui limitações, barreiras e impasses estruturais, necessitando que a equipe se aproprie do mesmo para o desenvolvimento de condutas voltadas aos problemas de saúde dos usuários.

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se no primeiro contato dos usuários com o serviço de saúde. Este ponto de atenção à saúde é caracterizado pelo vínculo, acessibilidade, pela continuidade do cuidado e por ações longitudinais, que visam assegurar a integralidade da assistência¹.

No Brasil, a APS é organizada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), com expansão em todo território nacional. Tem como finalidade produzir ações pautadas em modelos assistenciais e gerenciais, voltados para o atendimento das necessidades dos usuários, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de agravos. Sendo assim, propõe atenção à saúde centrada na família, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, permitindo-lhes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas².

A ESF se organiza a partir de quatro características essenciais: a facilidade do acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado; reconhecidos como eixos estruturantes do processo de atenção a saúde, associados à qualidade dos serviços, à efetividade e eficiência de suas intervenções².

A integralidade é um princípio orientador das práticas capazes de responder às demandas de saúde e necessidades da população, pois este princípio considera as especificidades do processo saúde-doença nas mais diferentes dimensões do indivíduo. É imprescindível considerar que as pessoas têm modos de vida diferentes, relacionados à história familiar, ao local e ao modo onde vivem e se relacionam, e cada sujeito apresenta suas singularidades. Destaca-se, portanto, a importância de intervir em ações de promoção e prevenção onde a característica principal é a capacidade de compreender o contexto que envolve o usuário, buscando a superação da fragmentação das atividades no interior dos serviços de saúde, sendo necessário que ocorra uma articulação entre a demanda espontânea e programada, aproveitando as oportunidades para a realização do diagnóstico de saúde e identificação de riscos, bem como o desenvolvimento de atividades coletivas junto à comunidade^{3,4}.

Sem mudanças no paradigma e nos pressupostos do modelo assistencial, não há respostas satisfatórias aos problemas dos usuários e da população nos serviços de saúde. Enquanto os serviços buscarem atender apenas as demandas individuais, centrado no atendimento médico, o princípio da integralidade será ineficaz. Deste modo, a integralidade deve ser fruto dos esforços dos saberes da equipe multiprofissional nos espaços dos serviços de saúde, prevalecendo o compromisso e a preocupação com as necessidades de saúde trazidas pelos usuários. Estas podem ser a busca de alguma resposta para as más condições de vida e a procura de vínculo com o profissional, buscando melhores condições e apontando a necessidade de acesso às tecnologias de saúde^{5,6}.

Para superação deste desafio, os problemas de saúde necessitam de enfrentamentos com base no território e nas suas relações com os determinantes sociais, com os riscos ambientais, epidemiológicos e sanitários, levando em conta os múltiplos fatores no desenvolvimento e perpetuação dos problemas de saúde. Assim, é fundamental que a equipe repense suas práticas, sobretudo no atendimento às reais necessidades de saúde, com utilização das ferramentas da vigilância em saúde, e não apenas do ponto de vista da inserção específica em determinado programa vertical do Ministério da Saúde^{4,6}.

Visto que a territorialização é a principal ferramenta organizacional para o entendimento da situação de saúde, a vigilância em saúde favorece a melhoria da organização

do processo de trabalho, favorecendo a identificação e fortalecimento da equipe neste espaço, produzindo fatos, buscando parcerias intersetoriais e estimulando a participação popular como prática política, abrindo possibilidades para a construção de um “novo” território, voltados para a análise da situação de saúde, considerando a família, a comunidade e o ambiente, buscando atingir as dimensões da promoção, proteção e recuperação, favorecendo um novo conceito de saúde com o fortalecimento do papel da equipe na comunidade ^{6,7,8}.

Ao tratar de vigilância em saúde é importante destacar conjuntamente o conceito de vulnerabilidade, analisando a relação dos serviços de saúde com a população. É importante investigar questões sobre o que os serviços de saúde tem propiciado às populações no sentido de transformar seus valores, interesses e relações para que estes libertem-se das condições de vulnerabilidade. No entanto, há uma necessidade de elaboração de diagnósticos de vulnerabilidade e propostas de intervenção e estabelecimento de diálogo entre a Saúde da Família e sujeitos e seus contextos em busca de caminhos para a superação dos problemas.

Desta forma, é preciso destacar a necessidade dos profissionais ampliarem o olhar para estas práticas para que não caminhem opostamente a esses sentidos. É necessária a aplicação de delimitações de “áreas” e a implantação da ideia de “mapas de risco” e “problemas de saúde”, para que permita a valorização de uma visão ampliada e democrática na definição dos objetos de intervenção, sem perder de vista a identificação de necessidades sociais de saúde e a problematização das demandas aos serviços para além da perspectiva clínica, o que é comum e predominante entre os profissionais de saúde ⁹.

Diante disso, compreende-se que existe uma ampliação das práticas e atuação nos territórios, mas ainda há lacunas no que diz respeito às práticas voltadas para as necessidades de saúde. No entanto, o grande desafio está na requalificação profissional das equipes com a introdução de conhecimentos e técnicas que subsidiem competências voltadas à análise permanente da situação de saúde e a execução de práticas de vigilância que foquem nos determinantes, nos riscos e agravos da população coberta pela estratégia ⁹.

Sabendo da importância em estender o olhar sobre o território, tendo como base as necessidades de saúde, e, conseqüentemente o favorecimento de melhores condições de vida às populações inseridas neste local, este estudo objetivou apreender as potencialidades, limitações e adversidades apontadas pelas equipes de saúde da família no desenvolvimento de práticas voltadas ao território na perspectiva da integralidade do cuidado à saúde na atenção primária.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva e exploratória, de natureza qualitativa, realizada nas Unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Poços de Caldas - MG, onde foram realizados grupos focais com seis equipes, totalizando 44 membros, entre eles 6 enfermeiros, 9 técnicos de enfermagem, 5 médicos, 24 agentes comunitários de saúde.

A coleta de dados foi realizada em setembro de 2015. Inicialmente foi realizado um pré-teste do instrumento, sendo feitas as alterações necessárias para melhor compreensão dos participantes. Os dados obtidos no pré-teste não foram utilizados no estudo.

Todos os grupos focais foram realizados mediante consentimento livre e esclarecido e conduzidos pela própria investigadora, juntamente com a colaboração de uma observadora. Os relatos foram gravados por meio de aparelho celular, transcritos na íntegra e conferidos pela pesquisadora.

Adotou-se como critério de inclusão, as equipes indicadas pelo respectivo apoiador – profissional membro da gestão, que concordaram em participar da pesquisa e trabalhadores da equipe que estivessem na unidade de saúde da família no dia da realização do grupo focal. Entre as equipes indicadas, duas delas precisaram ser substituídas. A primeira devido ao profissional enfermeiro encontrar-se de férias e a segunda, devido à distância e dificuldade em reunir todos os membros em um mesmo local para a realização do grupo focal.

O contato inicial com os participantes para o agendamento do encontro ocorreu via telefone.

Para coleta de dados, foi utilizada a técnica de grupo focal com o auxílio de um roteiro semiestruturado, que facilitou o diálogo entre pesquisador e sujeitos, abordando questões sobre a caracterização e necessidades de saúde do território, planejamento das ações e apoio da gestão na realização das ações voltadas ao espaço geográfico.

A duração média dos grupos foi de aproximadamente 50 minutos. Para garantir o anonimato, as equipes foram identificadas com a letra G e o número consecutivo da ordem em que os grupos focais foram realizados.

Os dados oriundos das transcrições dos grupos focais foram analisados a partir da análise de conteúdo. Utilizou-se a técnica de análise categorial, na modalidade temática¹¹, seguindo-se as seguintes etapas metodológicas: leitura flutuante, exploração do material, categorização e inferência¹⁰. Após identificação e agrupamento dos resultados em núcleos de sentido, foram construídas três categorias temáticas: Compreensões e estratégias de

enfrentamento das (a) diversidades do território, Desenvolvimento de práticas voltadas ao território: possibilidades e dificuldades, O papel da gestão municipal no apoio das ações voltadas ao território.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar e aprovado de acordo com o parecer nº 1194241, cumprindo, portanto, a resolução CNS 466/2012.

RESULTADOS

Compreensões e estratégias de enfrentamento das (a)diversidades do território

Os participantes do estudo revelaram algumas características do território que dificultam a atuação da equipe na área de abrangência. Fatores geográficos, como o relevo acidentado e irregular, próprio do município, o tempo de deslocamento determinado pela distância e dimensão do território, bem como questões relacionadas à infraestrutura, foram apontados como limitadores tanto do acesso da população aos locais que desenvolvem as ações de saúde, quanto da locomobilidade dos trabalhadores da equipe dentro desse espaço. Alguns trechos das discussões expressam esses resultados:

Tem dificuldade de acesso, o relevo, ele faz muita diferença. Inclusive para as visitas domiciliares, pra você ter uma atenção, uma dedicação maior, tanto pra equipe ir até o local necessário para os pacientes, quanto para os pacientes dirigirem até aqui. É um bairro com muitos morros. (G4)

A área tem um problema de acesso, é fora de mão, tem paciente vulnerável, paciente que realmente precisa de cuidado, a gente leva medicação, tudo, mas quando o carro vem. (G1)

O acesso também é difícil, principalmente para os idosos. O transporte público lá é muito ruim, tem pouco ônibus. Aqui pelo menos é plano, lá é morro. (G6)

Tem escadão, é montanhoso. A nossa área é muito longe e só morro. (G1)

O acesso de transporte é difícil, a questão de saneamento básico aqui é ruim, por causa do rio tem alagamento, enche muito. (G6)

Dificuldade é o que eu falei... da extensão e da geografia do território, a dificuldade de acesso. A localização do PSF é fora de mão, o PSF é mal localizado. Então eles aproveitaram um terreno que era já era do estado pra construir, que foi doação do estado e ficou um pouco fora de mão para os pacientes, aí os pacientes lá de baixo tem que utilizar vale transporte e eles queixam que não tem dinheiro pra vir aqui. (G1)

Desta forma, é perceptível que esses problemas são decorrentes das condições naturais do espaço, da maneira em que foi organizado, do modelo de territorialização adotado e da falta de infraestrutura.

A magnitude do território, associado às características e especificidades da população adscrita, também são abordadas como peculiaridades que interferem negativamente no processo de trabalho das equipes:

[...]quanto maior o território, mais difícil de você trabalhar, às vezes o que você queria dar uma atenção, você não consegue porque o território é muito grande, ou tem muita demanda de algumas características próprias, como por exemplo, se é um território que é grande e além disso tem muito idoso, muito usuário de droga, então é mais difícil de você trabalhar. Se for um território, às vezes grande, mas com menos problemas de saúde, é mais fácil de trabalhar, então interfere sim, tanto tamanho, quanto característica. (G3)

As equipes participantes do grupo focal tem a compreensão de que os territórios possuem diferentes características demográficas, sociais, epidemiológicas, de saneamento e de infraestrutura dos serviços públicos, influenciando positivo ou negativamente na saúde das pessoas residentes no território. Conseguem analisar esses dados, demonstrando que possuem apropriação pela área de atuação, conforme são expostos nas falas a seguir:

É um bairro de classe média, as doenças predominantes são de classe média, não predomina doenças diarreicas, parasitoses intestinais, doenças próprias de classe baixa. (G1)

O bairro tem nível social médio, por isso não tem muita vulnerabilidade. Tem poucas gestantes aqui, gravidez na adolescência não tem muito, pelo contrário, as gestantes aqui são de 40 anos. As adolescentes aqui tem uma escolaridade até maior, as mulheres de uma forma geral, e isso dificulta esse risco de gravidez na adolescência. (G4)

O bairro tem uma cobertura bastante aceitável, tem linhas de ônibus, tem uma iluminação à noite bastante boa, tem presença de várias igrejas, associações que faz trabalho com as crianças e também com meninos de rua, tem laboratório clínico, fisioterapia. (G1)

Aqui não tem parque, não tem praça, não tem um centro comunitário, igrejas também... Falta um campinho de futebol, falta um centro de convivência bom. A sede da unidade[...] é uma sede que não agrada nem a equipe, nem o usuário! Não tem condições para uma reunião, não tem espaço. (G4)

A gente não tem estabelecimentos comerciais regulamentados, muitos são sem fiscalização (...) Não tem lazer, o acesso de transporte é difícil a questão de saneamento básico aqui é ruim, por causa do rio tem alagamento, enche muito. (G6)

Consoante aos relatos, é possível apreender que as equipes de saúde lidam com territórios que possuem adversidades, e que isso tem influência direta na saúde da população, nas ações a serem desenvolvidas pela equipe e na produção do cuidado à saúde.

Desenvolvimento de práticas voltadas ao território: possibilidades e dificuldades

Em razão às populações assistidas pelas equipes da estratégia saúde da família apresentarem heterogeneidades locais e conseqüentemente a vulnerabilidade estar presente na maioria das populações atendidas por essas equipes, constata-se nesta categoria, que na prática cotidiana dos serviços, as equipes participantes do grupo focal tendem a planejar e executar ações com base nos sistemas de informação. Utilizam também as reuniões de equipe como um espaço de discussão de casos, buscando a resolubilidade e, da mesma maneira, o projeto terapêutico singular, que objetiva discutir e solucionar as necessidades dos usuários, intervindo de forma ampliada, na tentativa de melhorar a saúde e a qualidade de vida desses grupos e pessoas, conforme descrito nas falas a seguir:

Os agentes comunitários fazem controle de todos os pacientes. Aqueles que são hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças, saúde mental, eles tem anotado, sabe qual casa que é... Acamados, eles têm controle desses... Mulheres em idade fértil, que precisa fazer preventivo, tudo isso elas tem o controle. (G4)

Eu acho que o plano terapêutico singular de certa forma, vem ajudar o diagnóstico, né?! Eu acho que ajuda muito e através dele a gente tá conseguindo solucionar

melhor; essa questão de dar prazo, estipular o responsável; porque antigamente estava muito solto. Ah, vamos fazer isso? E ninguém fazia nada e não tinha prazo... (G5)

Nas reuniões mesmo, quando trazemos algumas questões do território, é discutido aqui na reunião e aí a gente tenta abordar algumas coisas assim. (G2).

Então a gente vai para as prioridades principais, aquilo que a população cobra da gente, então a gente vai correndo, correndo, correndo. (G6)

A gente já fez algumas coisas, por exemplo, identificamos que a gente tem muitos diabéticos descompensados, aí a gente traçou algumas estratégias com eles, nas gestantes, nas dúvidas que elas mais têm para ser trabalhado, mas nada oficialmente assim, por escrito. Mais da vivência mesmo. (G3)

Todos os casos críticos são discutidos com a equipe. E envolve o NASF, chama o apoio do NASF e todos eles sabem os casos críticos que nós temos aqui. São discutidos, fazemos reunião de matriciamento, sempre visando o bem estar do nosso usuário. (G4)

Desta forma, considerando as dificuldades, vulnerabilidades e riscos apresentados pelos entrevistados durante o grupo focal, as equipes utilizam estratégias para apropriar-se do território e buscam meios para superar os obstáculos, melhorar os indicadores de saúde e impactarem positivamente na saúde das coletividades. Através dos relatos, é evidente que as reuniões de equipe acontecem periodicamente, procurando discutir os casos e problemas frequentes juntamente com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) onde planejam ações e realizam intervenções aos indivíduos, famílias e ao território, superando a lógica programática. Outro dispositivo utilizado é a utilização dos sistemas de informação, os registros dos próprios profissionais, contendo listas de famílias vulneráveis, bem como a estratificação da população e das patologias mais frequentes.

Em contrapartida, um dos grandes desafios para os profissionais que atuam na atenção básica consiste em planejar e organizar a oferta de serviços voltada às situações de saúde do território de atuação. Logo, algumas equipes relataram dificuldades em realizar o planejamento e execução dessas ações por diversos motivos, segundo as falas dos participantes do grupo focal:

Esses números, como eu disse, não são tão fiéis porque nós temos áreas descobertas, e aí não dá pra gente ter um retrato bem fiel (...). (G3)

Na verdade, é difícil fazer um levantamento certinho, pra quantificar, precisa de um monte de gente e as meninas sabem disso, eu vivo falando pra elas, se o papel tá lá e tem que preencher um monte de campo, preenche todos os campos. A gente tem essa dificuldade. (G6)

Uma coisa simples, que são os dados que a gente produz, né?! Ninguém retorna. Isso já é o diagnóstico, né?! Na verdade fazer o diagnóstico é fazer um retrabalho, porque teoricamente você já fez isso. Você já tem dados da clientela que frequenta e que não frequenta. E esses dados não voltam. (G6)

Este PSF ainda não está digitalizado, este é outro problema que temos para acessar as informações da equipe, fica um pouco mais difícil porque elas trabalham, colocam na produção da área delas, mas a gente não tem retorno, então fica difícil saber como se trabalhou, essa informação não chega aqui, não fica um registro aqui na unidade, só fica na secretaria de saúde, seria mais fácil para a gente para avaliar o que fez no mês de trabalho. (G1)

Antigamente quando era o SIAB, eu achava que a gente tinha dados mais concretos, então assim, se eu chegasse pras meninas e perguntasse: Quantas gestantes vocês têm? Elas sabiam os hipertensos, elas sabiam. Depois, com o eSUS, eu acho que a gente perdeu uma quantidade gigantesca de dados, por exemplo, a gente tem óbito, a gente só consegue tirar o paciente do sistema, não consegue especificar porque o paciente morreu, né?! (G5)

Outras dificuldades relatadas pelos participantes do estudo, no que diz respeito à apropriação e execuções de ações voltadas ao território, tratam-se da valorização do modelo medicocêntrico pela população e a dificuldade em trabalhar em rede, segundo as falas a seguir:

Uma outra questão que eu acho, que não é só nossa, são as questões sociais. O nosso contato, referência e contra referência já é difícil, imagina intersetorial. (G6)

Na verdade a gente fica barrado quando precisa de outros órgãos... Igual a gente tava conversando esses dias... A gente não consegue resolver, precisa do CREAS, precisa do CRAS, do CAPS, as vezes a gente é barrado nisso aí...(G1)

A rede não funciona, não tem resolução, eles vem aqui, fazem uma reunião com a gente, falam de um jeito, mas a realidade é outra. A gente fala, agora vai dar certo, mas imagina...(G1)

Parece que a consciência da população é diferente, elas querem consulta, querem sair com a receita e querem medicação e elas não entendem que o PSF poderia fazer atividades mais programadas de prevenção e promoção de saúde. Então a gente sente um pouco barrado, e aí a gente não pode tirar a doutora do consultório porque ela tem que fazer consulta e não pode ficar sem atender, porque isso é ordem da secretaria, né?! (G1)

Aqui a gente até tenta fazer grupo, reuniões, mas o pessoal não vem. Até as meninas falam que o pessoal aqui gosta muito de remédio, deu remédio, eles ficam felizes e vão embora. (G3)

O papel da gestão municipal no apoio das ações voltadas ao território

Nesta categoria, é possível evidenciar pelas falas dos participantes do grupo focal, um distanciamento dos gestores com o processo de trabalho das equipes, colocando entraves para a efetivação da qualidade do trabalho executado por esses profissionais.

Eles incentivam sim, falando que a gente deve fazer, mas eles não apoiam em nada, aí o jeito que a gente vai fazer, como a gente fazer, o que a gente vai precisar, o que a gente vai usar, é tudo a equipe. Eles só falam: tem que fazer isso, eles cobram, mas eles não incentivam. (G4)

A gente tem muita ideia, mas tudo tem que sair do bolso da gente. Essa é a verdade, né?! (G1)

Tem problema em relação à gestão, falta de recurso, falta de material para realização de grupo, não tem nada, uma folha a mais pra realizar uma atividade e tal. E isso acaba atrapalhando até pra que isso aumente as ações, a formação de grupos. (G2)

A gente faz o que a gente tem que fazer por amor e por consciência de certo e errado, porque incentivo mesmo, não tem nenhum. (G3)

Eu acho que não. Uma coisa simples, que são os dados que a gente produz, né?! Ninguém retorna. (G6)

Não tem essa comunicação, é o que eu sempre achei falho, desde que eu entrei aqui, não tem assim: Vamos perguntar para a equipe como é a área deles, não existe isso dentro da gestão. Não perguntam: gente, tá tudo bem? O que vocês acham que pode melhorar? O que depende da gestão? Tá desgastando a equipe? Em qual parte? Não existe este diálogo, não existe....(G4)

Assim, é possível perceber uma desmotivação da equipe, causada pelo distanciamento da gestão municipal tratando-se de apoio, de incentivo, de análise e retorno dos indicadores de saúde, assim como de propostas de estratégias conjuntas para a superação destes percalços.

DISCUSSÃO

Este estudo foi realizado no contexto da Estratégia Saúde da Família, baseado nos princípios da universalidade, acessibilidade, trabalho em equipe e integralidade. Os resultados possibilitaram a construção de três categorias temáticas: Compreensões e estratégias de enfrentamento das (a) diversidades do território, desenvolvimento de práticas voltadas ao território: possibilidades e dificuldades, e o papel da gestão municipal no apoio das ações voltadas ao território, expressando portanto, a percepção dos usuários sobre o tema.

A primeira categoria temática destaca a dificuldade e a limitação da equipe para a realização das ações de saúde devido às características da área de abrangência. Referem o relevo acidentado, a distância e o tamanho do território, a falta de infraestrutura, o modelo e a forma de implantação do território, as características e especificidades da população como limitador da eficácia e da qualidade do serviço.

A acessibilidade à saúde vem sendo discutida devido às características dos serviços e a relação destes com a população, facilitando ou dificultando o acesso¹². Engloba inúmeros fatores e, na prática diária, apresenta dificuldades que a impedem de satisfazer as necessidades dos indivíduos. Uma dificuldade apontada é a inacessibilidade de certos grupos aos serviços de saúde, sendo necessário, portanto, avaliar a interação de aspectos geográficos, sociais e demográficos com a população, no intuito de melhorar os indicadores locais de saúde, visto que a localização geográfica permite a adequação das características da cobertura e da qualidade da assistência¹³.

A literatura apresenta que nas práticas da ESF, a lógica de mapeamento continua não cumprindo o propósito de análise e consideração dos aspectos sócio-demográficos, tornando a territorialização insuficiente por considerar esse processo apenas como a elaboração de um mapa, o qual demonstra a responsabilidade dos profissionais sobre uma área determinada, estabelecendo uma estratégia organizativa e gerencial do serviço, mas que não sedimenta o compromisso ético-sanitário da equipe com os moradores, não analisa criticamente o conceito de território na rotina de trabalho, nem sequer o encorajamento da participação popular, na busca da corresponsabilidade para o processo de mudança^{14,15}.

Os resultados alcançados neste estudo corroboram com o estudo da literatura internacional ao apontarem que a distância, o tamanho do território, e a forma de distribuição da população, são fatores limitantes para o desenvolvimento do trabalho da equipe, bem como da participação da população para o desenvolvimento do controle social, restringindo, assim, as possibilidades de inovação e melhoria das características locais¹⁵.

Assim, é possível perceber pelas falas dos participantes entrevistados no grupo focal, que as características geográficas e a dificuldade de acesso, impõem a necessidade de melhor programação da oferta dos serviços de saúde, e, além disso, analisa-se que o modelo de territorialização teve um impacto abaixo das expectativas em relação à acessibilidade.

Em vista disso, é importante destacar que a reorganização do território necessita de reflexão sobre os parâmetros normalmente utilizados, pois ainda existe uma lógica estritamente normativa, voltadas para a quantidade de usuários que compõem essa extensão, desconsiderando a análise da situação de saúde¹⁶.

Os relatos dos grupos focais não expressam práticas de superação dos problemas de acesso, das questões estruturais e de infraestrutura citados anteriormente, não demonstram também a busca em promover parcerias com outras instituições e setores, mostrando uma dissociação com outras políticas na tentativa de conquistar melhorias das condições de vida e saúde para a população, uma vez que a melhora do espaço físico e da estrutura, está intimamente ligado às condições de saúde e de vida das pessoas residentes nesse território. Ações essenciais, como redesenhar o território, facilitaria tanto o acesso da população, quanto o movimento dos trabalhadores neste local. É destacada apenas uma insatisfação com estas questões, principalmente as relacionadas à infraestrutura e organização do espaço, mas não há propostas em modificá-lo.

É importante ressaltar que para a construção de práticas e saberes para o desenvolvimento de melhorias das condições de saúde da população, é fundamental reconhecer quais espaços, pessoas e processos estão inseridos nesse contexto, buscando

compartilhar saberes e desenvolver a construção solidária de respostas para que aconteçam transformações desse contexto. Desta forma, quanto mais a equipe conseguir relacionar as diferentes culturas de trocas e as redes de diálogo que atravessam a comunidade, melhor serão as condições para a intervenção e redução das vulnerabilidades. Assim, a busca de parcerias é uma alternativa que deve ser considerada, tendo sempre em consideração, atitudes de reflexões e trocas sobre o objetivo a ser atingido¹⁷.

Ao serem questionados sobre fatores limitantes para a execução do cuidado ampliado, os entrevistados referiram que a rede de atenção à saúde é desarticulada, fragmentada e ineficaz.

Conceitualmente, os sistemas fragmentados de atenção à saúde se organizam através de um conjunto de pontos de atenção isolados e incomunicáveis, sendo incapazes de prestar assistência contínua ao usuário e população. Nesse modelo, os sistemas não se comunicam, impossibilitando a atenção primária de exercitar seu papel de coordenador do cuidado. É um modelo onde prevalece a inexistência de continuidade, passividade dos usuários, foco nas ações curativas, ausência de estratificação de risco, e cuidado centrado no profissional médico¹⁸.

Essa fragmentação da rede assistencial, induz os serviços a se responsabilizarem pelos usuários somente enquanto eles se localizam dentro do seu espaço físico, nem antes de entrarem, nem depois de saírem, não contribuindo para a responsabilização sanitária dos territórios, comprometendo a resolubilidade da atenção básica e desgastando os profissionais na tentativa de contornar os problemas inerentes a este modelo ineficaz¹⁹.

É possível dizer que, no geral, ainda há pouco contato dos serviços especializados com a atenção básica, no esforço de realização de projetos terapêuticos dos casos mais complexos em que demandam sinergia dos profissionais e dos serviços¹⁹.

Assim, propõe-se a necessidade de construção de mecanismos que valorizem o diálogo para o enfrentamento desses impasses. Revela-se a importância de um estreitamento comunicacional entre os componentes da rede de atenção, gestores e profissionais dos diversos setores, articulando ações que aliem e padronizem a formação dos profissionais de maneiras resolutivas frente às demandas e necessidades de saúde da população.

Outra dificuldade relatada pelos participantes do estudo, refere-se aos sistemas de informação. São apontados como sistemas ineficazes, que apresentam baixa capacidade em dar respostas às necessidades de saúde e dos profissionais para o estabelecimento do

planejamento das ações e das intervenções, bem como a dificuldade em compilar estes dados por falta de retorno da gestão e ausência de informatização.

Embora a maior dificuldade esteja relacionada ao E-SUS, considerando que este é um programa recentemente instituído pelo Ministério da Saúde na busca de suprir as lacunas dos sistemas de informação anteriores e obsoletos, um programa de avaliação que deve ser levado em consideração é o PMAQ.

Trata-se de uma avaliação orientada para as atividades dos profissionais, propondo o auxílio de identificação de áreas prioritárias e de risco, voltadas para o usuário, apoiando a equipe e gestores no desenvolvimento de linhas de ação que proporcionem melhora das ações de saúde²⁰.

Deste modo, é importante que a equipe desenvolva meios para trabalhar os indicadores de saúde, com vistas na avaliação do PMAQ, sendo esta prática muito relevante no sentido da equipe apropriar-se dos indicadores de saúde e propor estratégias de mudanças junto com a comunidade e outros atores envolvidos nesse processo. Então, apesar das restrições, a avaliação do PMAQ, apresenta um retrato do processo de trabalho, tornando-se um ponto de partida para o desenvolvimento de um processo contínuo de avaliação e aperfeiçoamento.

Para superação dos problemas de saúde e necessidades da população, as equipes utilizam estratégias como o apoio matricial para o desenvolvimento de projetos terapêuticos na busca de solucionar os problemas comuns. Esse apoio conta com o apoio do NASF e dos membros da própria equipe, visando o compartilhamento de conhecimento, ferramentas e técnicas para superação dos impasses e dilemas encontrados no dia-a-dia.

As ferramentas de apoio matricial partem do princípio que a equipe continue sendo a responsável pelos casos e seus respectivos problemas, mesmo quando o apoio especializado se torne necessário.

Estudo anterior reafirma a ideia constatada neste trabalho de que o apoio matricial favorece a resolubilidade dos problemas, no sentido de que, quando as ideias e decisões são compartilhadas, as equipes tornam-se mais comprometidas com os casos, fortalecendo o vínculo, organizando os processos de trabalho, investindo nas tecnologias leves e na corresponsabilização entre trabalhadores, usuários e família com a produção do cuidado²¹.

Outro estudo relacionado à qualidade do serviço na atenção básica considera que o matriciamento contribuiu para uma melhor certificação das equipes no Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), o qual exige uma melhor interação entre equipes e

outros profissionais, garantindo ações de educação permanente, construção conjunta, ações clínicas compartilhadas e ampliadas, intervenções no território e discussões do processo de trabalho, concluindo que o apoio matricial tem se estruturado de forma progressiva na atenção básica, ajudando a melhorar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde no Brasil, corroborando com este estudo como sendo uma potencialidade nos desafios do processo trabalho nas equipes²².

Os integrantes do grupo focal relataram um distanciamento dos apoiadores da equipe da gestão do município na cooperação para superar as dificuldades do processo de trabalho, bem como no oferecimento de suporte e assistência nas questões mais complexas, envolvendo assim todos os membros para a solução dos problemas.

O PMAQ busca em suas diretrizes a reformulação do modo tradicional de se fazer gestão em saúde. Propõe que as gestões municipais implantem dispositivos que deem suporte aos trabalhadores, buscando fortalecê-los e reconhecê-los para conseqüentemente, potencializar seus esforços. Essa ação deveria aproximar a gestão do dia-a-dia das equipes, buscando fomentar e dar suporte à construção de espaços coletivos que pudessem qualificar o processo de trabalho e a ampliação da autonomia dos autores envolvidos²⁰.

Deste modo, visto que o município aderiu às normas e exigências do PMAQ e, por conseguinte, os serviços são rotineiramente avaliados, cabe à equipe de gestão do município apropriar-se das recomendações dos processos avaliativos para que possam apoiar as equipes no desenvolvimento das melhorias do processo de trabalho, provocando mudanças significativas nesse sentido e também na gestão do cuidado com vistas às melhorias dos indicadores de saúde, autonomia e empoderamento dos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar sobre as limitações, adversidades e potencialidades do território apontadas pelas equipes da ESF para o desenvolvimento de suas práticas, os entrevistados relatam dificuldades na superação de desafios relacionados a fatores geográficos, como o relevo, o tamanho e a dimensão do território e a falta de infraestrutura.

É possível perceber que as equipes conseguem analisar criticamente os problemas, porém, poucas ações são implementadas no sentido de modificar as situações precárias expressas nas falas dos entrevistados.

Os trabalhadores apontam como meios de superação dos problemas de saúde: a análise de indicadores de saúde, ainda que de forma incipiente; as reuniões de equipe para discussões de casos complexos juntamente com o NASF, por meio do apoio matricial; e a elaboração de projetos terapêuticos singulares, mostrando a ampliação do olhar e de como lidar com os problemas de saúde.

Como principais fatores dificultadores para o desenvolvimento de ações voltadas ao território, referiram o modelo fragmentado das redes de atenção, a valorização do modelo medicocêntrico, a precariedade dos sistemas de informação e a falta de apoio da gestão.

Os resultados mostram que as equipes têm se apropriado do território e tem buscado estratégias para a melhoria do processo de trabalho e dos indicadores de saúde, mas encontram barreiras organizacionais, como problemas relacionados ao acesso, à fragmentação da rede de atenção à saúde, à incipiência dos sistemas de informação e ao apoio e auxílio da gestão na superação dos problemas mais complexos.

REFERÊNCIAS

1. LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, 2011; 20(4): 867-874.
2. OLIVEIRA, MAC; PEREIRA, IC. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Rev Bras Enferm.**, 2013;66 (esp):158-164.
3. MATTOS, RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ. P. 1411-1416, set-out, 2004. [Internet] 2004 [Acesso em 2015 set] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>.
4. MATTOS, RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, RA. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. 8. Ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2009.
5. CECILIO, LC. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. 8. Ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2009.
6. CAMPOS; CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2003; 8(2): 569-584.[Internet] 2003 [Acesso em 2015 dez 10] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232003000200018&script=sci_absIng=pt.

7. CASANOVA, AO.; Oliveira, CM. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2008;14(3).3.
8. GONDIM, GMM et al. **O território da saúde: a organização do sistema de saúde e territorialização**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008, p. 237-255.
9. TEIXEIRA, CF. Promoção da Saúde e SUS: Um diálogo pertinente. In: TEIXEIRA, CF.; SOLLA, JP. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família**. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p. [Internet] 2006 [Acesso em 2015 mar 13] Disponível em: <http://books.scielo.org>.
10. MINAYO, MC S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.
11. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
12. TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**.,2004; 20(2):190-198.
13. UNGLERT, C.V. de S.; ROSENBERG, C.P. ; Junqueira, C.B. Acesso aos serviços de saúde uma abordagem de geografia em saúde pública. **Rev. Saúde pública**, 1987; 21(4): 439- 446.
14. PESSOA; VM; RIGOTTO, RM; CARNEIRO, FF; TEIXEIRA, ACA. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência e saúde coletiva**, 2013; 18(8): 2253-2262.
15. MEDINA, MG.; HARTZ, ZMA. The role of Family health program in the organization of primary care in municipal health systems. **Cad Saúde Pública**, 2009; 25:1153-1167.
16. SILVA JUNIOR, ES et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Rev. Bras. Saúde Matern, Infant.**, 2010; 10(1):49-60.
17. AYRES, JRCM et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 399-442.
18. MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2010; 15(5): 2297-2305.
19. CUNHA, TC; CAMPOS, GWS. Apoio matricial e atenção primária à saúde. **Saúde Soc.** v., 2011; 20(4):961-970.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde departamento de atenção básica. **Saúde mais perto de você – acesso e qualidade**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Manual instrutivo. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2012.
21. JORGE, MSB.; SOUSA, FSP.; FRANCO, TB. Apoio matricial: dispositivo para a resolução de casos clínicos de saúde mental na atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Enf**, v. 2013; 66(5):738-744.

22. FONSECA SOBRINHO, D et al. Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. **Saúde Debate**, 2014; 38: 83-93.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões relacionadas ao processo de trabalho voltado para o território das equipes de saúde da família ainda avançam lentamente na busca da conquista por um modelo de atenção pautado na saúde integral, contribuindo assim, para um modelo fragmentado e baseado nas práticas individuais.

A metodologia utilizada neste estudo possibilitou atingir os objetivos propostos e permitiu analisar como as equipes de saúde da família do município de Poços de Caldas compreendem o território em suas práticas de saúde.

Quando questionados sobre o entendimento do significado de território no contexto da saúde da família, evidenciou-se que os participantes definiram-no como área delimitada ou área de abrangência de atuação da equipe, sendo estas falas muito próximas às definições das portarias ministeriais da década de 90, período em que o Programa Saúde da Família foi implantado.

É perceptível nas falas dos grupos focais que ao referirem ao conceito de território, os discursos são limitados e reducionistas. No entanto, ao aprofundar o diálogo sobre a realidade do território, os profissionais mostram um olhar ampliado sobre o local de atuação destas equipes, buscando estender o desempenho para além da prática convencional focada nas ações curativas. Apontaram também a importância de rever e analisar o território constantemente devido às modificações de dinâmicas do local, o que acarreta novos desenhos, problemas e vulnerabilidades que necessitem de mudanças no diagnóstico de saúde e nas intervenções por parte das equipes.

Muitos participantes expressaram a importância da valorização das características sociais, geográficas, demográficas e de saúde, a importância do planejamento local e a realização do diagnóstico situacional do território de atuação dessas equipes, tendo em vista a melhoria do processo de trabalho e das condições de saúde do território.

Os participantes do grupo focal revelaram insatisfação por não participarem ou não terem participado da cartografia e do mapeamento da área de atuação da equipe. Referem que a implantação destes territórios foram realizados de forma vertical, não considerando uma análise detalhada do local, como fatores geográficos, demográficos e de risco.

Tais evidências mostram a necessidade dos gestores revisarem a prática de mapeamento para além do número de famílias, levando em consideração questões relacionadas ao acesso, às necessidades, riscos e vulnerabilidades do local, as dinâmicas familiares, o processo saúde-doença, superando a lógica normativa da territorialização, de

forma a valorizar o conhecimento das equipes sobre seus territórios, objetivando aprimorar a prática e o processo de trabalho desses profissionais e conseqüentemente, a melhoria da assistência prestada.

No que diz respeito às limitações, adversidades e potencialidades do território apontadas pelas equipes da ESF para o desenvolvimento de suas práticas, os entrevistados relatam dificuldades na superação de desafios relacionados a fatores geográficos, como o relevo, o tamanho e a dimensão do território e a falta de infraestrutura.

É possível perceber que as equipes conseguem analisar criticamente os problemas, porém, poucas ações são implementadas no sentido de modificar as situações precárias expressas nas falas dos entrevistados.

Os trabalhadores apontam como meios de superação dos problemas de saúde: a análise de indicadores de saúde, ainda que de forma incipiente; as reuniões de equipe para discussões de casos complexos juntamente com o NASF, por meio do apoio matricial; e a elaboração de projetos terapêuticos singulares, mostrando a ampliação do olhar e de como lidar com os problemas de saúde.

Como principais fatores dificultadores para o desenvolvimento de ações voltadas ao território, referiram o modelo fragmentado das redes de atenção, a valorização do modelo medicocêntrico, a precariedade dos sistemas de informação e a falta de apoio da gestão.

Os resultados mostram que as equipes têm se apropriado do território e buscado estratégias para a melhoria do processo de trabalho e dos indicadores de saúde, mas encontram barreiras organizacionais, como problemas relacionados ao acesso, à fragmentação da rede de atenção à saúde, à incipiência dos sistemas de informação e ao apoio e auxílio da gestão na superação dos problemas mais complexos.

Espera-se que os resultados apresentados neste estudo possam auxiliar na reflexão e na melhoria das práticas dos profissionais das equipes de saúde da família, assim como dos gestores, aspirando melhores planejamentos das ações de promoção e prevenção, trilhando o caminho da atenção integral à saúde, buscando práticas que nasçam das necessidades de saúde da comunidade, mobilizando e criando estratégias de fortalecimento de rede, empoderamento de sujeitos e projetos intersetoriais que busquem a construção de ambientes saudáveis e sustentáveis. Recomenda-se que estudos semelhantes a este sejam realizados com o intuito de ampliar a concepção de território, reestruturando e ampliando as ações dedicadas a este espaço, superando a prática convencional, adequando as ações de saúde às singularidades dos contextos nos quais estão inseridos.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ANDRADE, E. A.; ANDRÉ, L. M.; WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde: desenvolvimento e princípios. In: FERNANDEZ, J.C. A.; MORAES, M.A. (Org.) Avaliação de projetos na lógica da promoção da saúde na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. 1ª ed. São Paulo: **Hucitec: Cepedoc Cidades Saudáveis**, 2014. p. 25-55.

AQUINO; R; MEDINA; M. G. NUNES; C.A.; SOUSA, M.F. Estratégia Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM; J.S.; ALMEIDA-FILHO; N. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 353-371.

ARAÚJO; M. B. S.; ROCHA; P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, Mar./Apr., 2007.

AYRES, J.R.de C.M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Revista Brasileira de epidemiologia**. v. 5, n. 1, p. 28-42, 2002.

AYRES, J.R. de C. M; et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESINA, D., FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

AYRES, J. R. de C.M.; et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 399-442.

BARCELLOS, C.; PEREIRA, M. P. B. O território no programa de saúde da família. Revista brasileira de geografia médica e da saúde, **Hygeia**, v. 2, n. 2, jun. 2006. Disponível em: <http://www.fcm.edu.br/internatomedicina/wp-content/uploads/2010/07/2.-O-TERRIT%C3%93RIO-NO-PSF1.pdf>. Acesso em: Jan: 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3ª Edição. Lisboa: Edições 70. 223 p, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 279 p, 2011.

BEZERRA, a. C. V. Políticas de proximidade em saúde e territorialização das ações. Recife (PE): **Portal DSS Nordeste**, 2013. Disponível em: <http://dssbr.org/site/opinioes/politicas-de-proximidade-em-saude-e-territorializacao-das-aco.es>.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Curso Básico de Vigilância epidemiológica. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2005.

BRASILa. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

BRASILa. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648 de 28 de Março de 2006**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.

BRASILb. Ministério da Saúde. **Portaria nº 687 de 30 de março de 2006**. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.

BRASILb. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde departamento de atenção básica. **Saúde mais perto de você – acesso e qualidade**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Manual instrutivo. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011**. Revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF), 21 de outubro de 2011.

BREVILHERI, E. C. L.; NARCISO, A. M.S.; PASTOR, M. A lógica territorial na política brasileira. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 16, n.2, p. 36-61, Jan./Jun. 2014.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde da Família. **Revista Brasileira de saúde da família**. v.14, n.6, p. 50-63, Dez. 2002.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 2, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In: CZERESNIA, D. FREITAS, C.M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009

BUSS, P.M.; CARVALHO, A.I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos 20 anos (1988-2008). *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009.

CAMPOS; C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, n.2, p. 569-584, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232003000200018&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: Dez. 2015.

CARVALHO, Sergio Resende. Saúde coletiva e promoção à saúde: **Uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança**. 2002. 184p. Tese (Doutorado) Programa de Pós graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas: UNICAMP, 2002.

CASANOVA, A. O.; OLIVEIRA, C. M. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300029. Acesso em: Nov. 2015.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. 8. Ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2009.

CONILL, E.M. Ensaio histórico cultural sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde pública*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p: 7-27, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300002. Acesso em: Nov. 2015.

CUNHA, T. C.; Campos, G. W de S. Apoio matricial e atenção primária à saúde. *Saúde Soc.* v. 20, n.4, p. 961-970, 2011.

- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2 ed ver e ampl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.
- ESCOREL, L.S.; GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M; SENNA, M.C.M. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. EUA, v.21, n. 2, p. 164-176, 2007. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200011. Acesso em: Mai. 2015.
- FARIA, R.M.A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Revista brasileira de geografia médica e da saúde**, Uberlândia, MG, v 9. n. 16, p. 131-147, Jun. 2013.
- FARIA, R. **O território e as redes de atenção à saúde: Intercambiamentos necessários para a integração das ações do sistema único de saúde (SUS) no Brasil**. Boletim de geografia, Maringá, PR, v. 32, n. 2, p. 173-191, mai-ago, 2014.
- FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.A. **Modelos de atenção à saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/ FIOCRUZ, 2007. p. 43-67.
- FONSECA SOBRINHO, D; et al. Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. **Saúde Debate**, V. 38, p. 83-93, 2014.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E.E. Programa de saúde da família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. (org.) Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4 ed. São Paulo: **Hucitec**, 2007. Cap.3, p. 55-124.
- FREITAS, C.M. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2 ed ver e ampl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. p. 146-164.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

GONDIM, G.M.M.; et al. **O território da saúde: a organização do sistema de saúde e territorialização**. In: Miranda, A. de C.; et al. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008, p. 237-255.

GONDIM, G.M.M. **Territórios da atenção básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?** Rio de Janeiro: FIOCRUZ: 2011.256 p. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

GONDIM, S.M.G. **Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos**. Paidéia, Bahia, p. 149-161, 2003.

GUADAGNIN, E. **O território como elemento constituinte do processo de trabalho das equipes de saúde da família: relevâncias e desafios**. 2013. 183 f. Dissertação, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

HEIDMANN, I.T.S.B. et al. Promoção à saúde: Trajetória histórica e suas concepções. **Texto e contexto enfermagem**, Florianópolis, SC, p. 352-358, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2>. Acesso em: Nov. 2015.

JORGE, M.S.B.; SOUSA, F.S.P.; FRANCO, T.B. Apoio matricial: dispositivo para a resolução de casos clínicos de saúde mental na atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Enf**, v. 66, n.5, p. 738-744, 2013.

JUNGES, J.R.; BARBIANI, R. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: Uma leitura bioética. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v.21, n.2, p. 207-217, 2013.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LEAVELL, H.R. CLARK, E.G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1976.

LEVOLINO, S.A; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enf. Usp.** São Paulo, v. 35, n.2, p. 115-21, 2001. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342001000200004&script=sci_abstract&tlng=t

MATTA, G. C.; MOROSINI, M.V.G. Atenção primária à saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. **Fundação Oswaldo Cruz**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2010. Disponível em:

http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primary_a_Saude_-_recortado.pdf. Acesso em: Jan. 2016.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ. P. 1411-1416, set-out, 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>. Acesso em: Set. 2015.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. 8. Ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2009.

MEDINA, M.G.; HARTZ, Z.M.A. The role of Family health program in the organization of primary care in municipal health systems. **Cad Saúde Pública**, n. 25, p. 1153-1167, 2009.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário : O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. HUCITEC ABRASCO, 1993.

MERHY, E.E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. 3. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: **Hucitec**, 2010. 407 p.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 21, n. 3, p. 898-906, mai – jun., 2005. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300024.

Acesso: Jul. 2015.

MONKEN, M. BATISTELLA, C. **Vigilância em Saúde. Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Fiocruz, 2009. Disponível em:

<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/vigsau.html> Acesso em: Jul. 2016

MONKEN, M. Contexto, território e o processo de territorialização de informações : Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde. In: Barcellos, C. **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008. p. 141-164.

MORGAN, D. L. **Focus Groups as qualitative research**. 2. Ed. Thousand Oaks: Sage, 1988.

OLIVEIRA, C.M.; CASANOVA, A.O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p.929-936, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300029. Acesso em Jul. 2015.

OLIVEIRA, M. A. C; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Rev Bras Enferm**. 66 (esp), p. 158-164, 2013.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2016

PAGANI, R.; ANDRADE, L. O. M. de. Preceptorial de território, novas práticas e saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo de caso de Sobral, CE. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 94-106, 2012.

PAIM; J.S.; ALMEIDA-FILHO; N. Análise da situação de saúde: o que são necessidades e problemas de saúde. In: PAIM; J.S.; ALMEIDA-FILHO; N. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 29-39.

PELLEGRINI FILHO, A.; BUSS, P.M.; ESPERIDIÃO, M.A. Promoção da Saúde e seus fundamentos: Determinantes Sociais de Saúde, Ação intersetorial e políticas públicas saudáveis. In: PAIM; J.S.; ALMEIDA-FILHO; N. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 305-341.

PEREIRA, M.P.B.; BARCELLOS, C. O território no programa saúde da família. **HYGEIA – Revista brasileira de geografia médica e da saúde**, Uberlândia, MG, v.2 n.2, p. 47-55, Jun. 2006.

PESSOA; VM; RIGOTTO, RM; CARNEIRO, FF; TEIXEIRA, ACA. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, 2013.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. **Integralidade como princípio do direito à saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RESTA, D. G.; MOTTA, M. G. C. Família em situação de risco e sua inserção no programa de saúde da família: uma reflexão necessária à prática profissional. **Texto e contexto enfermagem**, Florianópolis, SC, V. 14, p. 109-115, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072005000500014&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: Jun. 2015.

RIBEIRO, F.A. **Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica**. 2007. 308 f. Dissertação, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R.C. Programa de saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v.13, n. 6, nov/dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016. Acesso em: Ago. 2015.

RUDIO, V. F. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 29 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 144 p.

SANTOS, A.L.; RIGOTTO, R.M. Território e territorialização: incorporando as relações de produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, RJ, v.8, n.3, p. 387-406, nov. 2010/fev. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000300003. Acesso em: Mai. 2015.

SHIMIZU, H.E.; CARVALHO JUNIOR, D. A. de. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n.9, p. 2405-2414, 2012.

SHIMIZU, H.E. ; ROSALES, C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 424-429, 2009.

SICOLI, J.L.; NASCIMENTO, P.R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunicação, saúde, educação**, v.7, n.12, p. 101-22. Fev. 2003. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf>>. Acesso em: Jun. 2015.

SILVA JUNIOR, E. da S. et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Rev. Bras. Saúde Matern, Infant.**, v. 10, n. 1, p. 49-60, 2010.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, Ribeirão Preto, SP, v. 42, n.1, p. 48-56, 2008.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v42n1/07>. Acesso em: Set. 2015.

SILVA, G.A.P; TEIXEIRA, M.G.; COSTA, M.C.N. Estratégias de prevenção e controle de doenças, agravos e riscos: Campanhas, programas, vigilância epidemiológica, vigilância em saúde e vigilância da saúde. In: PAIM; J.S.; ALMEIDA-FILHO; N. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 391-399.

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

TEIXEIRA, C. F. **Promoção da Saúde e SUS: Um diálogo pertinente**. In: TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em 13 mar. 2015.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S. VILASBOAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe epidemiológico do SUS**. p. 7-28, 1998. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v7n2/v7n2a02.pdf>. Acesso em Mai. 2015.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família** [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p.

TRAVASSOS, C. ; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**., v. 20, n. 2, p. 190-198, 2004.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições e seus objetivos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n.3, p. 14-507, 2005.

UNGLERT, C.V. de S.; ROSENBERG, C.P. ; JUNQUEIRA, C.B. Acesso aos serviços de saúde uma abordagem de geografia em saúde pública. **Rev. Saúde pública**, V. 21, n. 4, p. 439- 446, 1987.

UNGLERT, C.V.S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec - ABRASCO, 1993.

WESTPHAL, M.F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 681-717.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Discussion document on the concept and principles. In: **Health promotion: concepts and principles, a selection of papers presented at Working Group on Concepts and Principles**. Copenhagen: Regional Office for Europe, 1984. p. 9-13.

APÊNDICES

APENDICE 1 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Equipe:

Unidade:

Número de participantes por categoria profissional:

Tempo em que a Equipe foi instituída na Unidade:

Tempo em que o profissional ocupa o cargo de apoiador da respectiva equipe:

Capacitação Profissional:

Os profissionais participaram do curso introdutório?

Os profissionais de nível superior possuem especialização em Saúde da Família?

Há capacitações permanentes oferecidas pela gestão para melhoria do processo de trabalho?

Concepção de Território:

O que vocês entendem por território? (apontar os diferentes significados)

Atuação no Território:

Como vocês veem a relação do território com a saúde da população?

Como vocês caracterizam o território que vocês atuam?

Como vocês identificam as necessidades de saúde da população do território?

Como são planejadas as ações de saúde voltadas às necessidades identificadas?

A Equipe já elaborou o diagnóstico de saúde para intervenção no território? Em qual situação ele se encontra?

Quais informações vocês utilizam para o planejamento das ações de saúde voltadas para o território?

Como vocês avaliam a atuação da equipe no território?

Como são organizadas as visitas domiciliares?

Como vocês veem o papel da gestão em relação à valorização da atuação da equipe no território?

A equipe desenvolve ou desenvolveu alguma intervenção que considera muito relevante com base nos problemas identificados no território? Vocês poderiam descrevê-las?

Quais dificuldades podem ser apontadas no planejamento e desenvolvimento das ações voltadas ao espaço territorial?

Quais aspectos positivos podem ser apontados quando se usa o território para planejamento das ações em saúde?

Vocês gostariam de acrescentar algo?

Agradecer pela participação

APENDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa: a utilização do território como ferramenta para as práticas das equipes de saúde da família.
2. Você foi selecionado/a por trabalhar em uma equipe de saúde da família da Secretaria Municipal de Poços de Caldas. Sua participação não é obrigatória e não implica em qualquer gasto financeiro.
3. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
4. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a Secretaria Municipal de Saúde de Poços de Caldas, instituição na qual trabalha.
5. O objetivo geral deste estudo é analisar a utilização do território como ferramenta para as práticas de saúde por equipes de saúde da família do município de Poços de Caldas. .
6. Sua participação nesta pesquisa será por meio da participação de um grupo focal que será gravado e transcrito para posterior análise.
7. Os riscos envolvidos neste estudo são mínimos. Você poderá vir a sentir cansaço, algum desconforto e/ou constrangimento. No entanto, caso isso aconteça você poderá desistir a qualquer tempo. Se isso ocorrer, você poderá sair do grupo a qualquer momento.. Por isso, caso haja algum desconforto durante a realização do grupo, pedimos que, se for de sua vontade, você nos explique o que ocorreu para que possamos corrigir qualquer erro que, em seu julgamento, tenhamos cometido. Você tem inteira liberdade para se retirar individualmente do grupo focal ou em conjunto com os outros participantes da equipe suspender o procedimento do grupo focal em qualquer momento, sem acarretar prejuízos pessoais ou profissionais.
8. Sua participação contribuirá para a ampliação do conhecimento sobre a importância da valorização do território nas práticas das equipes de saúde da família.
9. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre o conteúdo de sua participação. Asseguramos, também, que você não será identificado, pois quando sua fala for citada no texto da pesquisa ela será identificada pela letra E seguida de um número, que significam respectivamente Equipe e a sequência de realização dos grupos focais entrevistas.
10. Sua participação não implica em qualquer despesa financeira e nem indenizações de qualquer natureza.
11. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Maria Dorise Simão Lopes Gurgel

Pesquisadora responsável – Mestranda da Universidade de São Carlos - UFSCar
Tel.: (35) 3721-1024; e-mail: mariadorise@yahoo.com.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade, localizada na Rodovia Washington Luis, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905. São Carlos, SP, Brasil. Fone: (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

São Carlos, ___/___/___
Sujeito da pesquisa

APENDICE 3 -TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Poços de Caldas, 10 de Março de 2015.

Ilustríssima Senhora Dra. Fátima Livorato;

Eu, Maria Dorise Simão Lopes Gurgel, responsável pelo projeto: a utilização do território como ferramenta para as práticas das equipes de saúde da família, venho pelo presente, solicitar vossa autorização para realizar esta pesquisa no município de Poços de Caldas - MG, no setor da Saúde envolvendo 06 Unidades de Estratégia de Saúde da Família, para o trabalho de pesquisa orientado pela Professora Dr^a. Cássia Irene Spinelli Arantes.

Este projeto de pesquisa tem como objetivo analisar a utilização do território como ferramenta para as práticas de saúde por equipes de saúde da família do município de Poços de Caldas. Esta atividade não apresenta riscos aos sujeitos participantes.

Espera-se com esta pesquisa, muitos benefícios. Qualquer informação adicional poderá ser obtida através do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar

A qualquer momento vossa senhoria poderá solicitar esclarecimento sobre o desenvolvimento da pesquisa que está sendo realizada e, sem qualquer tipo de cobrança, poderá retirar sua autorização. Os pesquisadores aptos a esclarecer estes pontos e, em caso de necessidade, dar indicações para solucionar ou contornar qualquer mal estar que possa surgir em decorrência da pesquisa.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos e que, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de vossa instituição como nome, endereço e outras informações pessoais. A participação será voluntária, não será fornecido por ela qualquer tipo de pagamento

Autorização Institucional

Eu, Dra. Fátima Livorato; Secretária de Saúde do Município de Poços de Caldas, declaro que fui informada dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, a qualquer momento como instituição CO-PARTICIPANTE desta pesquisa poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo à esta instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro também, que não recebemos qualquer pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Conforme Resolução CNS 466/2012 a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do **Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.**

Maria Dorise Simão Lopes Gurgel	Dra. Fátima Livorato
Pesquisador	Secretária Municipal de saúde

