

O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CÁCERES-MT ACERCA DO PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO

THE KNOWLEDGE OF THE PROCESS OF TERRITORIAL BY PROFESSIONALS OF FAMILY HEALTH TEAMS OF THE MUNICIPALITY OF CÁCERES-MT

EL CONOCIMIENTO DE LOS EQUIPOS DE PROFESIONALES DE LA SALUD DE LA FAMILIA DE LA CIUDAD DE CÁCERES-MT SOBRE EL PROCESO DE TERRITORIALIZACIÓN

Daiana Alves Vendramel¹, Antonia Maria Rosa², Danyella Rodrigues de Almeida³, Solange da Silva Lima⁴, Fabiana de Freitas Figueiredo⁵, Franciely Maria Carrijo Campos⁶

RESUMO

Identificar o conhecimento do processo de territorialização pelos profissionais das equipes de saúde da família do município de Cáceres-MT, através da análise do conceito de território. Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter descritivo exploratório. Os dados foram coletados entre os meses de setembro a dezembro do ano de 2007, foi utilizada

como questão norteadora do presente estudo, “Como você entende o processo de territorialização proposto pelo SUS?”. Constatou-se que a maioria dos profissionais não possui clareza quanto ao processo de territorialização, atribuindo a ele conceitos meramente geográficos, desconsiderando, a dinâmica social inerente ao território. A equipe compreende o território enquanto limites geográficos em detrimento dos aspectos processuais do espaço de atuação.

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde, Saúde Pública, Equipe de Enfermagem.

ABSTRACT

Identify the knowledge of the process of territorialization by the teams of family health in the city of Cáceres-MT, by analyzing the concept of territory. This is a qualitative study, a descriptive exploratory. Data were collected between the months from September to December of 2007, was used as the

¹ Secretaria Municipal de Saúde, Cáceres- MT, Brasil. Email: dannypirelli@hotmail.com

² Secretaria do Estado de Mato Grosso, SES, Cáceres-MT, Brasil. Departamento de Enfermagem, Universidade do Estado de Mato Grosso, Cáceres-MT, Brasil. Email: antonia-mr@hotmail.com

³ Enfermeira Especialista em Urgência e Emergência, Especialista em Enfermagem do Trabalho e Mestranda em Saúde Coletiva pelo INSES, Docente da Universidade do Estado de Mato Grosso-UNEMAT. E-mail: dannypirelli@hotmail.com

⁴Enfermeira Especialista em Urgência e Emergência; Especializanda em Gestão e Saúde pela UAB/UNEMAT, Docente da Universidade do Estado de Mato Grosso-UNEMAT. E-mail: solmellima@gmail.com

⁵ Enfermeira Especializanda em Obstetrícia pela Faculdade de Enfermagem Vale do Juruena.. E-mail: fabianafreitas_89@hotmail.com

⁶ Enfermeira Especializanda em Obstetrícia pela Faculdade de Enfermagem Vale do Juruena.. E-mail: francielycampos1@hotmail.com

guiding question of this study, "How do you understand the process of territorial proposed by the SUS?". It was found that most professionals do not have clarity about the process of territorialization, assigning it meramentes geographic concepts, excluding therefore the social dynamics inherent in the territory. The team comprises the territory as geographical boundaries over the procedural aspects of the performance space.

Keywords: Unified Health System, Public Health, Nursing Team.

RESUME

Identificar el conocimiento del proceso de territorialización de los equipos de salud de la familia en la ciudad de Cáceres-MT, mediante el análisis del concepto de territorio. Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio, descriptivo de una. Los datos fueron recogidos entre los meses de septiembre a diciembre de 2007, se utilizó como pregunta orientadora de este estudio, "Cómo se entiende el proceso de territorial propuesto por el SUS?". Se encontró que la mayoría de los profesionales no tienen claridad sobre el proceso de territorialización, asignándole conceptos meramente geográficos, sin tener en cuenta las

dinámicas sociales propias del territorio. El equipo está formado por el territorio como límites geográficos, en detrimento de los aspectos de procedimiento del espacio escénico.

Palabras clave: Sistema Único de Salud, Salud Pública, Grupo de Enfermería Sistema. **Introdução**

O processo de territorialização constitui um importante princípio norteador da organização do trabalho e das práticas de saúde desenvolvidas em várias estratégias do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente na estratégia saúde da família (ESF).¹

Essa estratégia, adotada no Brasil em 1994 apresenta forte orientação territorial.² A territorialização é o ponto de partida para desencadear o processo de planejamento da vigilância à saúde no trabalho das equipes de Saúde da Família. Uma população vinculada a uma unidade de saúde da família, a partir do estabelecimento de uma base territorial permite reconhecer, prioritariamente, as condições de vida da população atendida e caracterizar seus problemas de saúde.³ No entanto, o conceito de território utilizado nos trabalhos desenvolvidos pelos profissionais das equipes de saúde da família, em sua grande maioria, visa apenas facilitar a gestão através de uma

delimitação espacial, limitando o potencial deste conceito no que tange a identificação de problemas de saúde e futuras propostas de intervenção.⁴

O território é conceituado segundo duas correntes de pensamentos. A primeira delas trata-se do território-solo, caracterizado como um espaço físico, definido exclusivamente por critérios geopolíticos. A segunda corrente, conhecida como território-processo, trata-se de um espaço em permanente construção, "produto de uma dinâmica social onde se tencionam sujeitos sociais postos na arena política", que, além de território-solo, é também território econômico, cultural e epidemiológico.⁵

Desta forma, o propósito fundamental do processo de territorialização é permitir que as prioridades acerca de problemas e grupos, sejam definidas de acordo com as necessidades da população, refletindo-se no estabelecimento de ações mais adequadas e, portanto, mais resolutivas.⁶

Conhecer o conceito de território norteador das práticas assistenciais das ESFs do município de Cáceres-MT torna-se de grande relevância. Sabe-se que o modo como às equipes compreendem esse processo está

relacionado, direta ou indiretamente, à forma de organização das ações, estratégias de atuação nas áreas de abrangência e ao acompanhamento e avaliação do impacto das ações.

O objetivo deste estudo é verificar o conhecimento do processo de territorialização na visão dos profissionais que compõe as ESF's do município de Cáceres-MT.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa exploratório e descritivo de olhar qualitativo, tendo como sujeitos participantes os profissionais das equipes de saúde da família do município de Cáceres (MT).

População e Área

A pesquisa foi realizada com as equipes multidisciplinares que compõem as Unidades de Saúde da Família – USF do município de Cáceres/MT. Responderam a um questionário escrito contendo perguntas objetivas e subjetivas, sendo utilizada como questão norteadora do presente estudo, “Como você entende o processo de territorialização proposto pelo Sistema Único de Saúde?”, identificando a USF ao qual o profissional estava vinculado e a categoria profissional.

O presente estudo refere-se 08 ESF's em razão de todos os profissionais da equipe do Jardim Paraíso optar por não participar da pesquisa. Contou com a participação de 06 médicos, 08 enfermeiros, 07 técnicos/auxiliares de enfermagem, 02 cirurgiões dentistas, 01 fisioterapeuta, 33 agentes comunitários de saúde (ACS), 01 atendente de consultório dentário e 02 auxiliares de serviços gerais, totalizando 60 participantes.

Coleta de Dados

O processo de coleta de dados foi realizado por bolsistas capacitado do projeto Estágio Regional Integrado (ERI) da Universidade do Estado do Mato Grosso (UNEMAT), desenvolvido no período de março a junho de 2007. A coleta dos dados foi previamente agendada e realizada no próprio ambiente das ESF's de forma individual.

Análise dos dados

O método utilizado para sistematizar as respostas dos textos foi a análise de conteúdo proposto por BARDIN. Esta metodologia é um conjunto de instrumentos que se aplicam as situações diversificadas. Divide-se em dois momentos: análise quantitativa e qualitativa. No primeiro

caso, foram identificadas, agrupadas e contadas as palavras-chave, revelando a frequência absoluta e relativa que cada uma representa no contexto.⁷

A análise de conteúdo, essencialmente, desdobra-se em três fases:⁷ Pré-análise onde o pesquisador faz uma leitura flutuante nos documentos a serem analisados deixando-se tomar contato exaustivo com o material. A exploração do material que ocorre logo após a pré-análise e consistem numa fase longa de operações de codificação, enumeração, classificação e a agregação, em função de regras previamente formuladas e o tratamento dos resultados obtidos, a inferência e a interpretação onde os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. Os resultados são submetidos a operações estatísticas simples ou complexa, permitindo quadros, diagramas, figuras e modelos referentes aos resultados. De posse destes dados significativos, o investigador poderá então propor inferências e interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.

A leitura do conteúdo e seleção das palavras-chave acerca da percepção que os profissionais das ESFs possuem sobre o processo de territorialização,

possibilitou a categorização das respostas em dois conceitos: geográfico e/ou processual.

A categoria território geográfico retrata os diversos depoimentos que expressam a visão dos profissionais das ESFs em relação ao processo de territorialização baseado somente em conceitos de divisão territorial e número de famílias a serem atendidas nas unidades básicas de saúde. Subdividiu-se essa categoria, para uma maior compreensão em três subcategorias: demarcação territorial; quantificação da população; estrutura física/ recursos humanos.

Território processo corresponde aos conceitos que vão além de delimitações físicas do espaço e contagem das pessoas. Esta categoria foi subdividida em duas subcategorias: acesso à saúde e planejamento em saúde.

Considerações Éticas

A pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM), para atender à resolução 196/96, do Conselho

Nacional de Saúde (CNS) que regulariza estudos envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), aprovado em 11 de setembro de 2007 sob o nº 413/CEP-HUJM/07. O desenvolvimento do estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde e somente participaram da pesquisa os profissionais das equipes de saúde da família que concordaram em participar, tendo assinado termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados e discussão

Das unidades de registro analisadas, observou-se que a maior parte dos entrevistados referiram-se a conceitos meramente geográficos em relação à territorialização: das palavras-chave analisadas, 80% relacionaram-se ao território geográfico, enquanto apenas 20% foram palavras associadas ao território processo.

Dentre as categorias de registro mais frequentemente observadas destacaram-se os termos relativos à categoria território geográfico, subcategorias demarcação de área 38%, unidade física e recursos humanos 25% e quantificação da população 17%.

Tabela 1 - Distribuição da frequência de respostas às palavras-chave, segundo as categorias e sub-categorias de registros. Cáceres/MT, 2007.

Categorias e Subcategorias	PALAVRAS-CHAVE	N	%
Território Geográfico			
Demarcação territorial	Área(s) de abrangência, de cobertura ou de trabalho, descobertas, limite, define a população, delimitar a área de abrangência, delimitação por microáreas, delimitação física, microárea(s), bairro(s), cidade, território(s), periferias, localização, abrangência de ação.	104	38
Quantificação da População	Moradores, famílias cadastradas e acompanhadas, cartão da família, quantidade de famílias, população, pessoal, comunidade(s), população abrangente.	47	17
Unidade Física e Recursos Humanos	Unidade(s) de Saúde da família, Posto de saúde, infra estrutura, estrutura, espaço físico, ACS, agente(s) de saúde.	68	25
SUB-TOTAL		219	80
Território Processo			
Acesso à Saúde	Facilitar o acompanhamento, facilita o acesso, facilitando o processo de todas as ações, facilita o trabalho, mais fácil, melhor acompanhamento, atendimento, atendido(s), consulta, universal, universalização, prioridades, preferência para moradores, preferência às famílias, acesso à saúde para todos, visita(s) domiciliares.	36	13
Planejamento Em saúde	Planejar e executar as ações, conhecer as necessidades da população local, definir problemas e necessidades reais, agir de acordo com essas necessidades, traçar proposta de intervenção para proteção da comunidade inserida, orientação, prevenção e promoção da saúde, ações de vigilância à saúde, ação de acompanhamento, melhor avaliação.	20	7
SUB-TOTAL		56	20,0
TOTAL		275	100,0

Analisando esses temas, percebeu-se que a concepção de território desses profissionais é em grande parte limitada a divisão de áreas e quantificação de pessoas.

“Delimita nossa abrangência de ação” (Médico - 1); “[...] de microárea” (Dentista - 1); “Visa delimitar a área de abrangência da unidade de saúde da família através de microáreas [...]” (Enfermeiro - 1).

Emergiu também em outros depoimentos entendimento acerca do território utilizando as subcategorias “demarcação de área” e “quantificação da população” simultaneamente:

“É dividido por microárea e ESF que atende a população de vários bairros” (ACS - 20).

“Dividido por microáreas, sendo 1 ESF para 1.000 famílias ou 4.000 pessoas” (Médico -5).

“Territorialização – área de abrangências da

ESF, que é composta pelas microáreas que são 06. Cada micro área é composta de uma área de 150-180 famílias. Total de famílias – 1100 e +/- 6.600” (Médico - 4).

“A área da ESF e o número de população estão dentro do limite proposto pelo SUS”. (Enfermeiro - 3).

Torna-se compreensível tal fato diante dos critérios adotados pelo Ministério da Saúde (MS) para implantação e operacionalização dos trabalhos das ESFs, entre os quais se insere a delimitação das áreas e/ou adscrição da clientela. Essa visão de territorialização adotada pelo MS, dispostas nos documentos do SUS e mesmo do programa de saúde da família (PSF) é muito limitada, apresentando caráter meramente técnico-operacional.⁸

Conforme o MS os itens necessários para implantação das equipes de saúde da família são residir em uma determinada área geográfica, máximo de 4.000 habitantes. Esses critérios devem ser flexibilizados em razão das especificidades loco-regionais, levando em conta fatores como aspectos sociais, políticos,

econômicos, densidade populacional e a acessibilidade aos serviços, além de outros considerados como relevância local.⁹

Nas práticas locais da ESF, percebe-se que dentre os critérios mencionados para a implantação das equipes é considerado somente o limite de população por área e a localização da residência, sem nenhuma informação concernente à flexibilização da adscrição por especificidades locais.¹⁰

A alusão exclusiva à quantidade de população para a definição de recortes territoriais, sem nenhuma proposta de tipificação destes territórios, limita a eficácia das ações.¹¹

Em trabalho sobre o processo de territorialização e a atenção à saúde no PSF em Unidade de saúde do município de Curitiba/PR, observaram que nem todos os sujeitos da pesquisa têm clareza sobre processo de territorialização, refletindo, portanto, modo negativo na assistência prestada a essa comunidade.¹

Ao analisar a subcategoria “unidade física e recursos humanos” do território geográfico, notou-se que essa unidade muitas vezes ainda é considerada como “posto”, numa alusão ao modelo biomédico de atenção, em que a população procura o atendimento no “posto” quando se apresenta doente.

Isso pode ser ilustrado pelo seguinte depoimento:

“A territorialização onde o posto localizado está sendo normal, onde o posto não é tumultuado por falta de consulta.” (Téc. Enf - 6).

“Nas ESF tem que ter limite se não fica impossível atender a todos que desejam atendimento, pois na cidade existem outras unidades que oferecem atendimento pelo SUS” (ACS - 1).

A quebra de paradigma proposta pela ESF se dá em um cenário onde há predomínio do modelo biomédico, tanto na formação profissional quanto na prática assistencial¹³. Notaram-se nessa subcategoria discurso reveladores sobre algumas unidades de saúde que não possuem estrutura física adequada, recursos humanos e materiais em quantidade suficiente para atender a população adscrita:

“[...] a estrutura física e alguns atendimentos não é adequado [...] algumas áreas próximas da

unidade não são atendida na unidade por causa da territorialização do SUS a unidade só pode atender uma quantidade X de família ou pessoa por falta de estrutura” (ACS - 11).

“[...] infelizmente os recursos enviados para esse setor não são suficientes para sanar a quantidade de pessoas que procuram os postos” (ACS - 12).

“Falta abranger uma parte da área, devendo para isto ser aumentado nº de funcionários, médicos e espaço físico da unidade” (ACS -13).

“[...] infra-estrutura péssima. Falta de atendimento odontológico para completar o quadro de profissionais da saúde” (Enfermeiro - 2).

Ainda que sejam estipulados alguns recursos estruturais mínimos que cada unidade de saúde deva possuir, bem como a composição mínima da equipe.⁹ Observou-se que isso nem sempre é respeitado, assim como muitas vezes as equipes atendem a população

que mora fora da área de abrangência da unidade de saúde da família.

A baixa cobertura populacional com equipes de saúde da família, precária condição da estrutura física referida em alguns depoimentos, referências ao “posto de saúde”, assim como aquelas que apontam a ESF como necessário para suprir a carência de hospitais, reforçam ainda mais o predomínio do modelo biomédico de atenção, o que possivelmente dificulta a quebra do paradigma vigente.

As frequências de unidades de registros relacionadas à categoria território processo foram muito inferiores se comparadas às mencionadas ao território geográfico. Dentre elas destacam-se as que caracterizam a subcategoria “acesso à saúde”, sendo as menores frequências de unidades de registros relativas ao tema “planejamento em saúde”.

Na subcategoria “acesso à saúde”, surgiu depoimentos que revelam expectativas quanto ao processo de territorialização como um fator contribuinte para a concretização do princípio de universalização da saúde, proposto pelo SUS.

“Como forma de garantir o acesso a saúde para todos,

“universalização” e realizar a promoção, proteção das comunidades inseridas em áreas de cobertura da ESF [...]” (Enfermeiro - 7).

“O SUS é um sistema que abrange todo um território, e ele é feito para todos sem distinção de raça e cor, sendo assim ele é unânime” (ACS - 19).

A noção de “acesso universal” como sendo a possibilidade para todos os indivíduos usufruírem de seus direitos é proposta pela Constituição Federal de 1998, que garante, no Art. 198, a todos os brasileiros o direito universal à saúde sob a responsabilidade do Estado.¹⁴

Desde então, o Brasil vem construindo um sistema de saúde que tenha por princípio a universalização do acesso ao atendimento. Destacando-se a distância entre o local de residência do usuário e o local da prestação do serviço como uma das principais razões para ampliação desse princípio.¹⁵ Isso evidencia-se no seguinte depoimento:

“Busca abranger parte da população

desfavorecida em relação ao centro da cidade e dos hospitais; pela falta de transporte adequado e precárias condições dos transportes e falta de hospitais mais próximos das periferias”. (ACS – 10)

Entretanto, quando se remete à discussão quanto ao acesso e à universalidade, surge o seguinte depoimento:

“Dar preferência ao atendimento para o pessoal da minha microárea [...]” (ACS - 5).

A ESF abrangia 34,4% da população de Cáceres no período do estudo. Ou seja, pouco mais de 7.600 famílias, 31.000 pessoas estavam vinculadas a uma USF, portanto uma extensa parcela da população permanece fora das áreas de abrangência de qualquer unidade de saúde da família.

Ao restringir o atendimento somente a pessoas pertencentes às famílias cadastradas na ESF, entra-se em conflito com o propósito da universalidade, à medida que cerceia o

acesso de pacientes que não residam na sua área de abrangência.¹⁶ O relato abaixo ilustra bem essa dissonância:

“Dar preferência para os moradores da microárea que trabalho, mas o sistema único de saúde não é perfeito sempre a parte mais carente fica excluída da ESF, tendo que procurar outros postos de saúde em outros lugares” (ACS - 6).

O programa comete um equívoco quando considera poder organizar e estruturar a demanda de serviços de saúde a partir exclusivamente de usuários que devem ser referenciados pelas equipes do PSF, eliminando a possibilidade de atendimento à demanda espontânea, especialmente considerando a ausência de cobertura de 100% da população do município. Entretanto, conciliar a necessidade de prover acesso universal em serviços próximos da comunidade, nos quais é possível identificar os problemas locais e intervir sobre os mesmos com os recursos financeiros disponíveis para a saúde, têm sido um desafio aos gestores.¹⁷

Assim, em áreas onde há excedente na população cadastrada ou o atendimento estende-se à população não vinculada à ESF, gera-se excesso de demanda para o serviço de saúde e inviabiliza atenção direcionada aos trabalhos de prevenção e promoção da saúde focada na realidade social de cada comunidade. Idealmente, os municípios deveriam investir na atenção básica, caracterizada como porta de entrada ao sistema de saúde, de forma a manter a cobertura populacional em 100%.

“Em ESF tem que ter limite se não fica impossível atender a todos que desejam atendimento [...]” (ACS - 1).

“Abrange 4 bairros com 6 microáreas sendo 2 descobertas e já tem tumulto, imagina se fosse atender todos os bairros, ficaria impossível para os profissionais de saúde” (ACS - 2).

“Processo através do qual uma unidade de saúde passa a atender apenas a determinada área (área de abrangência) de

modo que a mesma possa atender com qualidade a sua população” (Médico – 3).

A localização da USF na comunidade possibilita um maior vínculo dos usuários com os profissionais, ou vice-versa, como mostra o depoimento abaixo.

“Facilita o acesso da população abrangente em determinado território aos cuidados básicos de saúde, aproximando a população em questão da unidade de saúde facilitando o acompanhamento desta comunidade pelos profissionais de saúde” (Médico - 2).

Para alguns dos entrevistados o processo de territorialização possibilita uma maior aproximação dos profissionais de saúde com a população, fazendo com que haja maior conhecimento das necessidades dos usuários a serem atendidos.

“O que melhor se adequa ao

acompanhamento da realidade local de vida da comunidade para traçar proposta de intervenção. Facilita o trabalho e identificação das famílias cadastradas e acompanhadas” (Enfermeiro - 8).

“[...] o acompanhamento das famílias pela unidade de saúde através de visitas domiciliares [...]” (ACS - 3).

O vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações e favorece a participação do usuário, possibilitando a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito que fala, julga e deseja.¹⁸

O trabalho com as famílias permite à ESF o conhecimento das necessidades dos usuários, possibilita o estabelecimento de estratégia de atenção à saúde específica a cada membro da família. Nesta perspectiva destaca-se a visita domiciliar desempenhada na maioria das vezes pelo ACS que atua diretamente no domicílio¹⁶, porém a

ESF tem enfrentado como desafios não só ampliar o acesso geográfico às ações de saúde, mas trazer para realidade as idéias de integralidade da atenção, promoção da saúde, enfoque familiar, humanização da assistência e formação de vínculo entre profissionais e população territorializada.¹⁹

O fato de a visita domiciliar serem considerados instrumentos elementares no processo de territorialização pelos entrevistados, visto que visa à prestação de assistência contínua à saúde do indivíduo, família e comunidade, deverá ser realizada mediante objetivos definidos pelas ESF e não somente pelos ACS.

Mesmo quando os membros da equipe se referem ao território enquanto unidade processual, a tarefa do acompanhamento das famílias parece ser responsabilidade somente do ACS.

*“[...] os
acompanhamento das
famílias pela unidade de
saúde [...] feitas pelos
agentes de saúde” (ACS - 3).*

*“[...] melhor
acompanhamento das
famílias pela unidade de
saúde, através dos agentes
de saúde” (Téc. Enf - 2).*

*“[...] acompanhar o
tratamento dos moradores
através do ACS [...]”
(Enfermeiro - 4).*

Em suas proposições, a ESF sugere que suas equipes “rompam os muros das unidades de saúde e enraíze-se para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam”.²⁰ Isso significa que as atividades de atenção à saúde passem também a ser desenvolvidas em outros ambientes, tais como o domicílio dos usuários do serviço ou em espaços como sedes de associações comunitárias ou centros de convivência. No entanto, o agente comunitário surge na maioria dos depoimentos como o único membro da equipe que não se restringe à unidade de saúde. Entende-se a importância do ACS na equipe de saúde ao exercer atividades que representem o elo entre o serviço de saúde e comunidade.²¹ Entretanto este não deve ser o único a prover acompanhamento das famílias sob responsabilidade da equipe. Evita-se assim que as ações de saúde fiquem restritas ao interior das unidades de saúde e estimula a presença das equipes em outros espaços em suas áreas de abrangência, em um movimento de

aproximação entre o serviço e o seu usuário.

O fato do acompanhamento das famílias serem realizado quase exclusivamente pelo ACS pode evidenciar distanciamento entre a equipe da ESF e comunidade, com o trabalho ainda limitado ao aparelho institucional, no caso, a unidade de saúde. Deve-se considerar a compreensão que o profissional tem acerca do acompanhamento, pode limitar-se às visitas realizadas pelo ACS e não considerar outros aspectos, tais como análise dos relatórios do sistema de informação da atenção básica (SIAB), encontros de grupo e reuniões da equipe.

A subcategoria “planejamento em saúde”, apesar do baixo índice de unidades de registros atribuídas a ela, possibilitou o conhecimento do processo de territorialização, não reduzido apenas a conceitos técnico-operacionais de demarcação espacial e tamanho da população adstrita.

Alguns depoimentos possibilitaram a percepção dessa proposição, a qual visa reconhecer e se apropriar do território a partir da compreensão da realidade local e a partir disso traçar propostas de intervenção que proporcione a

qualificação da assistência prestada a população atendida.

“O que melhor se adéqua ao acompanhamento da realidade local de vida da comunidade para traçar proposta de intervenção [...]” (Enfermeiro - 8).

“[...] Identificando suas reais dificuldades e necessidades para seu bem estar” (Enfermeiro - 7).

A territorialização também é observada em alguns discursos como uma estratégia para melhor identificar os problemas a partir do levantamento das necessidades de determinada população e traçar metas que possibilitem a solução dos problemas de cada indivíduo, família ou comunidade.

“[...] Acredito que o propósito deste processo seja definir os problemas de acordo com as necessidades da população” (Enfermeiro – 6).

“Conhecer as necessidades da população e intervir para solucionar

essas necessidades” (Tec. Enf – 8).

O reconhecimento da realidade local é de grande importância para determinação de vulnerabilidades para saúde humana e através disso é possível traçar propostas de intervenção que visem solucionar os problemas de uma população.¹

O processo de territorialização também foi considerado, por um dos profissionais, como passo inicial do planejamento em saúde, apresentando enfoque na vigilância à saúde:

É um passo inicial para se fazer o planejamento das ações de vigilância à saúde. Busca-se compreender a relação entre o processo saúde doença, definido os problemas e agindo de acordo com as reais necessidades da população [...]” (Enfermeiro – 6).

O planejamento em saúde parte da concepção de território passível da leitura diagnóstica avaliada por indicadores epidemiológicos, a qual define tecnicamente prioridades a partir dos critérios de vulnerabilidades

biológica, social, econômica; cerceando as possibilidades de adoção de critérios eleitoreiros e clientelistas na definição de prioridades. Em síntese, esse método, procura abordar objetivamente a realidade tida como algo externo a quem planeja.²²

A ESF é uma estratégia de organização da atenção primária no SUS, estruturada também nos princípios de orientação por problemas e planejamento local.²³

Deste modo, ao analisar a categoria território processo percebeu-se que embora algumas respostas dos entrevistados façam menção a aspectos das realidades local, ao referirem a temática territorial, ainda prevalece entre os profissionais das ESFs a perspectiva técnico-operacional sobre uma base geográfica. Essa perspectiva, embora verdadeira, parece insuficiente para explicar os problemas da comunidade, para promover e conservar a saúde da população.

Os resultados desse estudo sugerem que há muito a avançar em direção à mudança do modelo de atenção à saúde. Essa mudança perpassa, necessariamente, pela formação e capacitação de profissionais com perfil profissional que atendam às características do novo modelo.³

Conforme o MS o sistema de saúde hoje não dispõe de um número satisfatório de profissionais capacitados para o trabalho proposto pela ESF, este exige reformulação dos cursos de graduação e implantação de programas de pós-graduação com vistas a nova realidade.²⁴

O maior desafio na efetiva expansão e consolidação da ESF é encontrar no mercado de trabalho profissionais de saúde capazes de comprometer e operacionalizar mudanças necessárias na organização do cuidado à saúde.²⁵

A capacitação de recursos humanos é uma ferramenta de transformação da saúde pública. Essa reflexão sobre capacitação do profissional tem sido motivo de preocupação em função das demandas de atuação, particularmente para os profissionais de saúde da família, que sofrem efeitos da formação profissional inadequada e pouca formação na área de saúde pública²⁶. Portanto, a necessidade de transformação das práticas de saúde, na ESF, tem demandado um redirecionamento na formação dos profissionais de saúde. Deve-se buscar formação capaz de perceber a multicausalidade dos processos mórbidos, tanto individuais quanto coletivos, compreender o indivíduo em

seu meio ambiente, contexto familiar e social.²⁷

Referências bibliográficas

1. Monken M, Barcellos C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública* 2005;21(3):898-906. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/24.pdf>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Para a organização da atenção básica. Brasília; 2001.
3. Paim JS. Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. Faculdade de Saúde Pública/USP. São Paulo; 1994.
4. Pereira MPB, Barcelos CO. Território no Programa de Saúde da Família. *Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*; 2006. Disponível em: www.higeia.ig.ufu.br.
5. Mendes EV. Conceitos-chave. In: Mendes EV (Org.). *Distritos sanitários: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde*. São Paulo. Hucitec-Abrasco; 1999.
6. Raffestin C. *Por uma geografia do poder*. São Paulo: Ática; 1993.
7. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70; 1977.

8. Dornelas MA. Territorialização enquanto princípio da governança nas políticas pública de saúde: um estudo de caso no Recife-PE. Disponível em: <http://seminariopolitica.t5.com.br/papers/marcosdornelas.doc>.
9. Brasil. Política nacional de atenção básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde, série pactos pela saúde Vol. 4. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em:http://conselho.saude.gov.br/webpacto/text_atencao.pdf.
10. Paraíba. Curso introdutório ao PSF: a prática da Vigilância em Saúde. João Pessoa: UFPB/ NESC/ Pólo e SES/PB PACS/PSF; 2002.
11. Brasil. Programa de saúde da família. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
12. Mafra MRC, Chaves MMN. O Processo de territorialização e a atenção à saúde no programa de saúde da família. Fam. Saúde Desenv, Curitiba 2004;6(2):127-133. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/8065>.
13. Ribeiro MR, Pires D, Blank VLGA. Territorização sobre o processo de trabalho em como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro 2004;20(2):438-446.
14. Brasil. Constituição Federal da República Federativa do Brasil. Congresso Nacional. Brasília: Senado Federal; 1988.
15. Nunes E, Jacobi P, Karsch U, Cohn A. A Saúde como direito e como serviço. 3ª. Edição. São Paulo: Cortez; 2002.
16. Santos M, Uchimura KY, Lang RMF. Percepção dos usuários do programa saúde da família: uma experiência local. Cad. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro 2005;13(3):687-704. Disponível em: http://www.nesc.ufrj.br/cadernos/2005_3/resumos/CSC_20053_silvana.pdf.
17. Franco TB, Merhy EE. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. Mimeo; 1999.
18. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas – o caso da saúde. In: Cecílio LCO. (Org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994. p.29-88.
19. Mandú ENT, Gaíva MAM, Silva M, Silva AMN. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. Texto Contexto Enferm,

Florianópolis, Jan-Mar; 2008.
Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/15.pdf>

20. Brasil. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

21. Guizardi FL. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec / ABRASCO; 2004.

22. Fekete MC. Bases conceituais e metodológicas do planejamento em saúde. In: SANTANA, J.P. (Org.). Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: OPAS; 1997.

23. Mendes EV. Uma agenda para saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.

24. Brasil. Avaliação do programa de saúde da família Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
Disponível em:
<<http://www.saude.gov.br/psf/programa/index.asp>

25. Duarte JES, Oliveira MS, Padilha RQ, Baaklini CE. A gestão municipal e a residência multiprofissional em Saúde da Família: a experiência de Marília-SP. Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, 2005; n.32.

26. Gil CRR, Martin GB, Gutierrez PRA. Organização dos serviços de saúde em Londrina e região: uma experiência concreta do processo de municipalização. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D.A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org). Bases da Saúde Coletiva. Londrina: EDUEL, Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001.

27. Costa Neto MM. Enfoque Familiar na formação do Profissional de Saúde. Olho Mágico, Londrina. 2000;6(22).

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2013-07-24

Last received: 2014-02-10

Accepted: 2014-03-24

Publishing: 2014-05-30

Corresponding Address

Franciely Maria Carrijo Campos
Avenida Castelo Branco 258 Centro,
Araputanga-MT. CEP: 78260-000
Telefone: (65) 9957-9915
E-mail: francielycampos1@com