

Vivências de graduandos em medicina sobre a importância da territorialização em saúde e das práticas educativas

Experiences of undergraduates in medicine on the importance of territorialization in health and educational practices

DOI:10.34119/bjhrv4n2-321

Recebimento dos originais: 20/03/2021

Aceitação para publicação: 09/04/2021

Perciliano Dias da Silva Neto

Graduação em Medicina

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – FCM/PB

Rua Coronel José Cesarino da Nóbrega, 103. Jardim São Paulo. João Pessoa

E-mail:percilianoneto@hotmail.com

Ingridy Thaís Holanda de Almeida

Graduação em Medicina

Universidade Potiguar – UnP

E-mail:Ingridythal@gmail.com

Luzia Ceci de Freitas Neta

Graduação em Medicina

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – FCM/PB

E-mail:ceciffreitas@gmail.com

Taynná Araújo Freitas Melo

Graduação em Medicina

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – FCM/PB

E-mail:Taynnamelo_@hotmail.com

Daniel Gustavo Guedes Pereira Albuquerque

Graduação em Medicina

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – FCM/PB

E-mail:danielguedespereira@hotmail.com

Rafaela Leandro de Lima

Graduação em Medicina

Universidade Maurício de Nassau – UNINASSAU

E-mail:Lima_rafaela@yahoo.com.br

Carolinne de Queiroga Almeida e Laudelino

Graduação em Medicina

Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE

E-mail:percilianoneto@hotmail.com

Layza de Souza Chaves Deininger

Doutora em modelos de decisão e saúde – UFPB. Docente da disciplina de Atenção em Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba. Enfermeira
Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
E-mail:Layzasousa12@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: Utiliza-se a territorialização como uma ferramenta para auxiliar os profissionais de saúde a prestar uma melhor assistência, dessa forma, dividindo o território área em microáreas. Essa territorialização permite melhores ações no que se refere a promoção de saúde e prevenção de doenças. Atualmente, temos as doenças crônicas não transmissíveis, principalmente a HAS e DM como as mais prevalentes na sociedade. E, entendendo que a alimentação está bastante vinculada a essas enfermidades, temos a educação popular em saúde como ferramenta para promover uma melhor qualidade de vida para os portadores dessas enfermidades. **OBJETIVOS:** Descrever a experiência dos graduandos em medicina sobre a importância da territorialização em saúde e, sobre as práticas educativas em saúde. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado no período de fevereiro a maio de 2017. Os dados foram coletados por meio de seis visitas. Durante esse período, os discentes foram convidados para executarem uma atividade educativa em saúde, e a população foi constituída por usuários do HIPERDIA. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Durante as seis visitas foi possível observar que o território área da UBS possuía sete microáreas. Nas mesmas foram encontrados equipamentos sociais e fatores de risco para o adoecimento, como lixo a céu aberto, ausência de saneamento básico, entre outros. A partir da epidemiologia do local, os discentes foram convidados para a execução de uma atividade educativa, buscando junto aos profissionais da UBS, melhorar a qualidade de vida dos usuários, promovendo um evento dinâmico porém, com uma linguagem acessível. **CONCLUSÃO:** A territorialização em saúde é um importante instrumento para guiar os profissionais de saúde visando desenvolver atos e ações de forma mais específica e enfática as necessidades de saúde de cada pessoa, tendo em mente que a doença pode ser a mesma, mas, o comportamento dela é diferente em cada pessoa.

Palavras-chave: Atenção básica, Estratégia saúde da família.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Territorialization is used as a tool to help health professionals to provide better assistance, thus dividing the area into micro areas. This territorialization allows for better actions with regard to health promotion and disease prevention. Currently, we have chronic non-communicable diseases, mainly SAH and DM, as the most prevalent in society. And, understanding that food is closely linked to these diseases, we have popular health education as a tool to promote a better quality of life for those with these diseases. **OBJECTIVES:** To describe the experience of medical students on the importance of territorialization in health and on educational practices in health. **METHODOLOGY:** Descriptive study, type of experience report, carried out from February to May 2017. Data were collected through six visits. During this period, students were invited to perform an educational health activity, and the population was made up of HIPERDIA users. **RESULTS AND DISCUSSION:** During the six visits it was possible to observe that the UBS area territory had seven micro areas. In them, social

equipment and risk factors for illness were found, such as open dumps, lack of basic sanitation, among others. From the epidemiology of the place, the students were invited to carry out an educational activity, seeking with the UBS professionals, to improve the quality of life of the users, promoting a dynamic event, however, with an accessible language. **CONCLUSION:** Territorialization in health is an important tool to guide health professionals aiming to develop acts and actions in a more specific and emphatic way the health needs of each person, keeping in mind that the disease can be the same, but, the behavior hers is different in each person.

Keywords: Primary care; Family health strategy.

1 INTRODUÇÃO

Em uma era de alta tecnologia, a qual com os mecanismos de busca se obtém respostas em questão de segundos e no âmbito da saúde, muito se fala na dualidade: doença versus cura. Percebe-se que determinada parcela da população vive, de certa forma, angustiados no que tange ao querer saber sobre o melhor medicamento para as enfermidades, ou qual é o melhor exame a ser solicitado e muitas vezes esquecem de usar todas as ferramentas que estão disponíveis para auxiliá-los no processo de adoecimento e cura.

Para uma melhor compreensão do processo de saúde e doença das pessoas de determinado lugar, se utiliza a territorialização como uma ferramenta para auxiliar os profissionais de saúde a prestar assistência mediante as condições socioeconômicas, sanitárias e epidemiológicas que essa ferramenta proporciona. Segundo o Ministério da Saúde (2017), a territorialização é um processo de demarcação das áreas de atuação dos serviços de saúde; de reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existente nessas áreas¹.

De acordo com Bezerra (2015), o território representa características próprias daquela população e dessa forma, ao se conhecer a área, poderá reconhecer também os problemas de saúde do povo que ali habita. Dessa forma, pode-se entender como um instrumento para a organização das práticas de saúde.

Com isso, as ações de saúde são planejadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada. Dessa forma, a execução dessas práticas no âmbito do Sistema Único de Saúde, vem sendo utilizada como uma das estratégias de saúde da família. Dentro de um território área em uma unidade de saúde temos várias microáreas delimitando mais ainda os espaços para atuação das equipes de saúde.

As microáreas, segundo Wagner (2015) é uma subdivisão do território área, de responsabilidade da Unidade Básica de Saúde, em que atua um Agente Comunitário de Saúde. A população residente possui uma condição de vida mais ou menos homogênea, podendo assim determinar alguns riscos à saúde. Além dessa subdivisão, temos ainda as microáreas de risco as quais, de forma geral, geram problemas de acesso, são mais vulneráveis a problemas de saúde, e podem limitar o acesso dos usuários até a sua unidade de saúde de referência.

Dessa forma, os riscos da microárea podem ser classificados em diferentes níveis que vai depender de algumas características as quais expõem aos residentes do local ou determinam o desenvolvimento de agravos à saúde (PEREIRA et al. 2015).

E ao se conhecer esses riscos, a própria Estratégia Saúde da Família pode atuar fortemente para atenuá-los e oferecer um melhor atendimento aos usuários situados nesses locais, traçando assim, estratégias específicas para atender as demanda dessa população.

A territorialização em saúde se faz necessário, pois, a comunidade onde o indivíduo reside também faz parte do seu processo de adoecimento. Com isso, é de suma importância, o reconhecimento do território ao qual o indivíduo está inserido, para que assim, se tenha uma melhor resolutividade no cuidado, na prevenção e promoção em saúde. Dessa forma, a partir da territorialização em saúde, os profissionais de saúde terão mais uma ferramenta de trabalho, tendo em vista que ela propicia o conhecimento dos determinantes e condicionantes do processo de saúde e doença.

O território em saúde pode ser descrito como o resultado de uma acumulação de situações históricas, culturais e socioeconômicas, dessa forma, a população que está contida no mesmo território terão situações de vida bem semelhante, podendo ter a mesma probabilidade de ser atingidas por doenças comuns nesse espaço.

Somado a isso, quando se faz uso da territorialização, fica mais fácil de os profissionais da Unidade Básica de Saúde, a qual está contida no território, planejarem uma terapia adequada para cada enfermidade, em cada região, ou até mesmo, se nortearem durante uma consulta, devido à epidemiologia do local, pois, tendo o conhecimento prévio e adequado de cada território, se pode melhorar a qualidade dos atendimentos em saúde e conseqüentemente a qualidade de vida de cada usuário.

Para Araújo et al. (2017) a formação acadêmica embasada na territorialização, traz consigo uma maior desenvoltura do senso crítico do estudante, o qual não se apega apenas ao técnico-científico, mas, se humaniza e tem um contato mais aprofundado com a

população. Dessa forma, acaba havendo troca de saberes e possivelmente uma maior confiança entre usuário e profissional ou estudante.

A territorialização permite aos profissionais e aos usuários, conhecer melhor a comunidade local e os fatores determinantes e condicionantes que os regem no contexto da saúde. A partir desse conhecimento, como já citado, fica mais fácil trabalhar em conjunto – equipe de saúde e usuários do serviço – numa perspectiva de melhores resultados, principalmente na prevenção de doenças e promoção da saúde.

Além disso, a territorialização promove subsídio para a elaboração de uma Estratégia Saúde da Família eficaz para adequar o contexto do cuidado em saúde na realidade local. Tendo em vista que a necessidade da localidade deve ser atendida de forma singular, assim como as necessidades de cada usuário. Cada microárea tem suas particularidades e é isso que as diferencia e as torna heterogênea. Dessa forma, quando se tem uma Estratégia Saúde da Família eficaz, há uma maior probabilidade de os anseios e necessidades locais serem alcançados com maestria.

Somado a isso, quando se tem uma Equipe Saúde da Família fixa, que conhece o território e a população há uma maior chance de gerar vínculos entre a comunidade local e a equipe de saúde, incentivando a participação popular. Dessa forma, traz-se os usuários para serem co-participantes do seu processo de saúde e doença, e eles deixam de ser passivos para se tornarem ativos nesse processo.

Dessa forma, quando os usuários se tornam ativos no seu processo de adoecimento e cura, há maiores benefícios pois eles passam a entender qual a real gravidade da situação, durante a doença, e pactuam junto com a equipe de saúde o melhor tratamento para eles, e com isso, há mais adesão ao tratamento proposto, tendo em vista que as particularidades de cada usuário está sendo respeitada e conhecida também. Já na promoção da saúde, os usuários com vínculos fortes junto a Unidade Básica de Saúde, aderem mais facilmente os programas que são oferecidos pela mesma em prol de uma melhor qualidade de vida.

Além de todos os benefícios já citados, a territorialização ainda pode compreender as necessidades e potencialidades locais, e dessa forma atuar junto a comunidade para intervir de maneira eficiente quando surgirem as demandas.

Diante disso, têm-se que a territorialização é uma importante e potente ferramenta no âmbito da atenção básica, para que a partir dela sejam traçados planos e estratégias viáveis para um melhor e mais digno atendimento a população, e com isso, garantir o direito integral à saúde da população.

Em se tratando de promoção de saúde e prevenção de doenças, sabe-se que a transição epidemiológica, de acordo com Pereira et al. (2015), é caracterizada pela substituição de doenças infectoparasitárias por doenças crônicas não transmissíveis, somado a isso, há o aumento da expectativa de vida da população. Além desses fatores, ainda se pode observar uma baixa taxa de mortalidade infantil, aumento na taxa de fecundidade e uma melhoria na qualidade de vida da população, contribuindo para uma melhor expectativa de vida e uma menor taxa de mortalidade.

Em se tratando de Transição epidemiológica, leva-se em consideração o panorama de saúde com o passar das décadas no País. No geral, houve o aumento de doenças crônicas por causa do envelhecimento populacional, junto com causas externas e doenças infecciosas que apesar de menores ainda existem, com isso, temos a tripla carga de doença.

Dessa forma, percebe-se que há um aumento dos gastos com internações hospitalares e um maior desconforto para a população que esteja doente. Dessa forma, pensando numa melhor qualidade de vida, temos a promoção de saúde e prevenção de doenças, que além de ser mais barata para o Estado, auxilia os indivíduos estimulando-os a uma vida mais saudável.

Em se tratando da prevenção de doenças, pode-se dividi-las em dois subgrupos: as doenças crônicas e as infecciosas. Em relação as doenças crônicas, pode-se debater sobre elas desde a escola até meios publicitários, com o intuito de esclarecer a população sobre os riscos que as mesmas oferecem. Já as infecciosas devem-se saber conduzir os casos agudos e informar sobre a prevenção das mesmas em todos os setores da sociedade.

A partir dessa melhoria na qualidade da saúde, sabe-se que a quantidade de pessoas idosas no País aumentou e com elas, as doenças crônicas não transmissíveis têm sido observadas com uma alta prevalência e incidência em nosso meio. De acordo com Malta (2016) essas enfermidades representam alta carga de morbidade. Entre elas, destacamos a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus.

O diabetes mellitus é considerado uma epidemia mundial, constituindo-se num grande desafio para os sistemas de saúde. Essa é uma doença metabólica complexa, multifatorial e de presença global que afeta a qualidade e o estilo de vida dos acometidos e pode levar a uma redução na expectativa de vida dessa população.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença não transmissível, multifatorial, que apresenta elevado risco de mortalidade, em virtude de apresentar complicações cardiovasculares, cerebrais e renais. Por isso, algumas medidas preventivas

são indispensáveis para minimizar esses riscos. Entre as medidas preventivas, destaca-se a adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Sabe-se que a alimentação é de suma importância para esses pacientes, pois elas auxiliam na prevenção de maiores agravos decorrentes das mesmas. Entretanto, têm-se perdido o hábito de alimentação saudável e trocado ele pelos conhecidos “fast-food”, utilizando como base para isso a mudança no estilo de vida e a correria do dia-a-dia. Somado a isso, têm-se a baixa renda familiar como um fator para essa má nutrição, e esse fator, para o presente instrumento de trabalho se faz primordial.

Mediante a baixa renda familiar, os indivíduos acabam optando por uma alimentação, mais barata, menos seletiva, que muitas vezes são mais ricas em carboidratos simples, os quais corroboram para o surgimento de doenças crônicas, como o diabetes mellitus por exemplo. Não é um fator determinante para a doença, mais é considerado um fator de risco, tendo em visto que essa patologia é de origem multicausal.

Considerando essas patologias frequentes e os hábitos de vida da população, temos as ações educativas em saúde como uma proposta para atuar na prevenção de doenças da população.

A educação em saúde deve ser entendida como importante ferramenta no que diz respeito a prevenção de doenças, contribuindo para as pessoas exercerem sua autonomia, de uma forma reflexiva, procurando entender aquilo que mais lhe afeta. Além disso, essa educação deve ser adequada para realidade da população (MALLMANN et al. 2015).

Para tanto, a população deve saber identificar o que é necessário para si e deve ser capaz de mudar os hábitos de vida, adotando mudanças de práticas e atitudes e dispondo de meios para que isso aconteça, não necessariamente o meio material mas, todo um suporte psicológico também. Sair da zona de conforto nunca é uma tarefa fácil.

Entretanto, além de apenas falar aquilo que foi planejado para a atividade, os profissionais que as executam devem não apenas escutar, mas de fato ouvir o que o usuário tem a dizer. Durante essas ações, tanto o usuário quanto o profissional tem muito a aprender e essa escuta qualificada traz o usuário para muito mais próximo do profissional, pois ele se sente acolhido e percebe que verdadeiramente está inserido no meio.

O sucesso dessa educação está diretamente ligada no quanto a população entendeu sobre o que foi dito. Não adianta utilizar as palavras mais tecnicistas possíveis se o nível de escolaridade da população onde o profissional está inserido é baixa. Dessa forma,

deve-se conhecer o público alvo para traçar a melhor estratégia de comunicação e assim, obter êxito naquilo que o profissional se propôs a fazer.

A linguagem deve ser clara, audível, e claro, a luz da ciência. Além disso, deve haver um espaço para que o usuário se manifeste também e com isso há ganho para todos os que estão ao redor.

Além disso, segundo Maciazeki-gomes et al. (2016), a educação popular em saúde considera de forma concreta o contexto de vida dos sujeitos, para que assim os problemas sejam identificados, discutidos e solucionados a medida do possível.

A educação em saúde deve ser capaz de gerar no indivíduo e no grupo a capacidade de raciocínio crítico para que juntos tomes decisões cabíveis para mudar aquilo que for necessário.

Segundo Viana et al. (2015), a educação em saúde tem como metodologia a problematização a partir das vivências. Com isso, pode-se inserir mais a comunidade para junto da equipe de saúde e dessa forma trabalhem juntos o que realmente é a necessidade dos usuários daquele território.

Sabe-se que cada pessoa é única e dessa forma as suas necessidades também serão únicas. Da mesma forma podemos pensar nos residentes de um território área, por mais que são pessoas que habitem ali e tenham sua individualidade, no coletivo terão algo em comum, uma necessidade a ser sanada. Entretanto, essas necessidades não necessariamente serão as mesmas das pessoas que habitam um território área distinto.

Dessa forma, entende-se que os profissionais que estão inseridos no território necessitam de um olhar crítico mais aguçado para analisar as demandas do seu território adscrito para que sabiamente eles consigam atenuar as necessidades dos usuários cadastrados nos serviços em que trabalham.

Porém, um dos maiores problemas relacionados a educação popular em saúde é a linguagem entre profissionais e população¹⁰. A partir desse entendimento, têm-se que tão importante quanto a educação em saúde é a linguagem a qual a mesma será executada. É ineficaz ter a melhor programação se o público alvo não entende aquilo que está sendo proposto a eles.

Enquanto profissionais de saúde, tendemos a executar sempre a linguagem científica, e dessa forma na grande maioria das vezes os usuários acabam não entendendo aquilo que foi proposto durante a atividade, na verdade, aceitam aquilo que ouviram mas, não colocam em prática, fazendo com que dessa forma o trabalho não tenha obtido êxito.

As práticas educativas têm um grande diferencial quando se pensa em atendimento à população. Elas podem sanar com as dúvidas dos usuários e fazer esclarecimentos de forma coletiva, tendo em vista que muitos questionamentos são semelhantes entre os indivíduos. Além disso, promove uma troca rica de saberes, entendendo que cada dia há novas coisas para serem aprendidas.

O objetivo é descrever a experiência dos graduandos em medicina sobre a importância da territorialização em saúde e, relatar a experiência vivenciada com a atividade educativa em saúde sobre a importância da alimentação saudável na hipertensão arterial sistêmica e no diabetes mellitus realizada na Unidade Básica de Saúde do município de João Pessoa, Paraíba.

2 MATERIAIS E MÉTODO

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado no período de fevereiro a maio de 2017, pelos alunos do primeiro período do curso de graduação em medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, durante o módulo horizontal de Atenção à Saúde I. O local de estudo foi o território área de uma Unidade Básica de Saúde do município de João Pessoa/PB.

Os dados foram coletados por meio de seis visitas a UBS, aos territórios área e as microáreas. As visitas eram realizadas quinzenalmente e acompanhadas por um Agente Comunitário de Saúde (ACS), o qual era responsável pela microárea visitada.

Durante o período das visitas, os discentes foram convidados para executarem uma atividade educativa em saúde com o tema: “Importância da alimentação na hipertensão arterial e no diabetes”. A população-alvo constituiu-se de usuários, os portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou DM, cadastrados e ativos no HIPERDIA (Programa de Hipertensão e Diabetes).

O evento contou com a seguinte programação: Acolhimento dos usuários, aferição de pressão arterial e glicemia de jejum, explanação sobre o tema, entrega de panfletos, dinâmica de perguntas e respostas envolvendo os usuários e os estudantes, montagem de uma pirâmide alimentar no tamanho de 0,9mx1,2m, com figuras dos alimentos permitidos e finalizando com um café da manhã específico para esse público alvo.

O presente estudo foi apresentado aos demais discentes da turma e professores por meio da elaboração de uma colcha de retalhos. É sabido que uma colcha de retalhos é formada por vários fragmentos de retalhos e acessórios de tecido, de tamanhos variados, unidos sobre um forro, ou fundo, para formar uma só estrutura.

Na colcha foram retratadas cinco imagens, feitas à mão e pintadas no tecido que formava a colcha, as imagens caracterizavam o território área onde foi pintado o mapa do território adscrito da UBS; território microárea representado pela microárea I com seus marcos religiosos; determinantes e condicionantes do processo saúde/doença, retratando uma microárea de risco, com esgoto à céu aberto e animais soltos; equipamentos sociais existentes no território com a imagem da própria UBS e uma escola municipal situada ao lado; e o processo de trabalho da equipe saúde da família representado pela área da recepção e farmácia da UBS.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da territorialização

Durante as seis visitas foi possível observar que o território área da UBS possuía sete microáreas, onde algumas delas situavam-se a cerca de 7 quilômetros e meio de distância da Unidade Básica de Saúde, fato que dificulta o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Dessa forma, a microárea I, possuía cerca de 74 famílias cadastradas, é uma microárea relativamente pequena. Local onde o comércio e os bares são as principais atividades econômicas exercidas. Encontra-se o maior número de equipamentos sociais, sendo eles: igreja católica, igreja evangélica, alcoólicos anônimos e uma escola municipal, a praça e a própria UBS.

Os equipamentos sociais são um instrumento que objetiva basicamente fortalecer a população local, minimizar os problemas sociais existentes e ser um local de articulação de políticas sociais. Neles, podemos juntar ações de várias maneiras de modo a atender às necessidades específicas de cada município. O sucesso desta implantação possibilita garantir a emancipação dos usuários, para que eles sejam protagonistas de seu desenvolvimento e possam exercer o seu direito da cidadania (REDESAN, 2009).

Para alcançar resultados em saúde, os equipamentos sociais devem estar comunicados, criando uma rede de proteção aos usuários, dentro e fora do seu setor. A comunicação entre os serviços, estruturada pela proximidade entre os diversos profissionais, ações e projetos, termina criando uma rede de interdependência e corresponsabilização entre os equipamentos para garantir o atendimento integral.

Segundo Santarém (2010), equipamentos sociais são edificações destinadas à prestação de serviços ou atividades e respostas sociais à comunidade, ou seja, um patrimônio que é do bem comum.

Fazendo-se um bom uso desses equipamentos sociais, a população do território adscrito estará bem respaldada no âmbito da prevenção e promoção da saúde, pois se utilizando de forma sábia e eficiente obterão, provavelmente, uma melhor qualidade de vida.

Essa microárea tem a vantagem de ser muito próxima à UBS, facilitando o trabalho da ACS e o acesso dos usuários aos serviços de saúde. É estruturalmente mais desenvolvida, com ruas calçadas, saneamento básico implantando, água encanada, mercadinhos, telefone público, posto policial (desativado), energia elétrica e transporte público com baixa rotatividade.

Figura 1: Colcha de retalhos apresentada aos discentes e professores.



Fonte: Acervo pessoal.

A microárea II é marcada por uma praia e por um grande número de bares e peixarias. Grande parte dos moradores trabalham nos bares ou então na pescaria. Nesse local, conseguiu-se perceber uma diferença estrutural acentuada da microárea I para a microárea II. A maior parte das famílias cadastradas é desfavorecida financeiramente. As casas são menores e com uma estrutura mais limitada, algumas ruas não têm calçamento, as residências ainda utilizam fossa séptica e às vezes despejam o esgoto no rio ou no mar. Não Possui equipamento social.

O que se pode ver é que mesmo com a proximidade da microárea I, as barreiras geográficas como uma escadaria e uma ladeira dão origem a uma diferença social. Neste local, existe um rio que em tempo de chuvas transborda e alaga algumas residências, se tornando risco. Somado a isso, como a coleta de lixo não é realizada adequadamente, observou-se lixo em torno das casas.

De acordo com FOLLADOR et al. (2015) “o tratamento da água e esgoto contribuem para atenuar os casos de dengue, esquistossomose e leptospirose”

A partir dessa observação, percebe-se que ao conhecer o território e a epidemiologia local, apesar de não necessariamente ocorrer sempre essas patologias nessa microárea, o conhecimento prévio nos faz direcionar um raciocínio para essas patologias.

Somado a isso, observou-se as barreiras geográficas, limitando o acesso de parte da população à Unidade Básica de Saúde. Dessa forma, a equipe deve criar estratégias para proporcionar um atendimento integral e equânime à essa população, direitos que são garantidos por lei.

Por sua vez, a microárea III é marcada por uma falta de planejamento demográfico, ou seja, as pessoas constroem casas sem análise prévia do terreno e sem uma regularização em cartório - terreno adquirido por posse. É considerada uma microárea de risco devido às condições socioeconômicas e não possui calçamento, nem saneamento básico.

O esgoto é depositado em fossas sépticas comunitárias e a água é oriunda de uma caixa d'água da companhia de abastecimento da cidade. Nessa área não há coleta de lixo feita de forma adequada devido as ruas serem estreitas, o que impede a passagem de caminhões que recolham os detritos, os quais ficam acumulados na rua, tornando-se foco para doenças. Além disso, há o contato direto dos moradores com os animais, que vivem dentro das casas. Os encarregados de fazer a coleta do lixo são carroceiros da região e após essa coleta, eles a transportam para o caminhão do lixo.

É a Microárea com o maior número de famílias cadastradas e grande extensão territorial. Apresenta uma distância da UBS cerca de 7,5km, caracterizando-se como uma barreira geográfica, que para **Oliveira (2018)** podem ser identificadas como obstáculos que dificultem o fluxo de uma região para outra, nesse caso, há a dificuldade para o deslocamento até os serviços na UBS e que podem ser exemplificadas por ladeiras, escadarias, alagamentos, distâncias, entre outros¹³.

A população utiliza o ônibus escolar, como único meio de transporte para chegar até a Unidade. E devem aguardar o horário das 7h às 11:30h e das 13h às 17h para serem transportados, visto ser o horário que as crianças vão e voltam da escola. Possui dois equipamentos sociais: igreja católica e associação dos moradores. Existe apenas um mercadinho.

Sabe-se que a promoção de saúde está diretamente ligada a alimentação, moradia, saneamento básico, entre outros fatores, e pode-se perceber que alguns desses fatores

estão sendo “ameaçados” nessa microárea. Com isso, se faz necessário inferir que deve haver ações estratégicas e programadas para essa população no intuito de promover saúde de forma eficaz, combatendo os agravos e dirimindo esses fatores que estão ligados com o processo de adoecimento da população.

A microárea IV é próxima da UBS, permitindo com que os usuários frequentem com mais assiduidade. Há coleta de lixo apesar de muitas vezes não ser feita nos dias corretos. Apenas a rua principal é calçada, as demais são de barro. As residências são bem estruturadas e caracterizadas por moradores aposentados, de classe média e boa condição socioeconômica. Não foi observada a presença de esgotos, há saneamento básico, contudo ainda não foi realizada a ligação com as residências. A ACS afirmou que: “água disponibilizada para a população não é de ótima qualidade e que algumas residências utilizam poços artesianos e fossa séptica”. Possui como equipamento social uma igreja e uma escola estadual. Não há comércio nessa região.

Na microárea V, as residências são maiores e mais luxuosas (de alvenaria), mostrando que o nível social da população é mais elevado, quando comparado as outras microáreas. Percebe-se uma intensa desigualdade social. É a área mais nobre da região, também se observa a presença de bares e restaurantes no território. Há o contraste entre os condomínios do luxo e casas construídas em péssimas condições na mesma região.

Nessa microárea é observada a dificuldade de cadastramento de alguns moradores diante da negativa dos mesmos em cadastrar-se junto ao ACS, uma vez que afirmam não necessitar do serviço. Sendo a microárea que os usuários menos frequentam a UBS. Possui condomínios, escola infantil privada, e alguns equipamentos sociais como: aquário, igreja evangélica, e associações que são utilizadas para reuniões e eventos com a comunidade. Uma parte dessa região possui saneamento básico e a água é encanada. Não existe mercado. E como barreira geográfica se observa-se uma ladeira, que dá acesso a UBS.

Ademais, a microárea VI é uma microárea bastante extensa. É importante citar que são três locais com uma distância razoável entre si e da própria UBS, cerca de 3 km. Essas barreiras geográficas somadas à falta de estrutura básica na comunidade (calçamento, saneamento básico, água potável) classificam-se como risco para doenças. Há moradores, por exemplo, que vivem em um local às margens do rio, utilizando a água de um poço que é contaminada, não possuem banheiro e fazem suas necessidades fisiológicas no rio ou em sacos plásticos que são atirados na mata. Além disso, há uma convivência muito grande com animais, aumentando o índice de prováveis doenças

parasitológicas e zoonoses. Nessa microárea há um alto índice de alcoolismo e não possui nenhum equipamento social.

Finalmente, a microárea VII é um local pouco populoso na qual as famílias moram em pequenas granjas. A maior parte da população trabalha com bares ou pescaria e moram na praia. A distância da UBS é de cerca de 7km, o que dificulta o acesso da população à unidade e aos projetos propostos pela mesma. Não possui equipamento social, a água utilizada pela população é de poços artesianos e utilizam fossas sépticas. É considerada uma microárea de risco. Nessa microárea existe uma invasão, a qual se caracteriza como área descoberta pela UBS, com isso, as pessoas não são acompanhadas pela unidade, salvo em casos de extrema necessidade onde as pessoas procuram a equipe de saúde na UBS.

Essa subdivisão em áreas e microáreas se torna imprescindível dentro de um território, tendo em vista que mesmo fazendo parte de uma mesma região o território exprime situações particulares em cada setor. Dessa forma, se torna mais fácil traçar estratégias, nesse caso no âmbito da saúde, para atender de forma específica cada integrante dessa determinada população, de acordo com o conhecimento do ambiente em que o usuário está inserido.

Além disso, o conhecimento prévio de cada microárea é importante no âmbito da prevenção de doenças, pois, a partir dele e dos determinantes e condicionantes do processo saúde e doença, podem ser planejadas medidas eficazes nesse sentido, evitando doenças que de acordo com a epidemiologia, sejam propícias a acontecer em locais com características semelhantes.

Por outro lado, sabe-se que mesmo com as informações sobre prevenção de doenças, sobre a mudança do estilo de vida e afins, as doenças surgem, tendo em vista a multifatorialidade de ações que corroboram para o aparecimento das mesmas.

Mediante essa prerrogativa, têm-se a promoção de saúde, e da mesma forma, reitera-se a necessidade do bom conhecimento dos territórios área e microárea para assim, as equipes de saúde do local planejarem sobre como proporcionar uma melhor qualidade de vida para os usuários da Unidade Básica de Saúde do território adscrito, utilizando e explorando melhor o seu próprio território.

Da atividade educativa

Sabendo da importância que essa temática possui na atualidade, associado a alta incidência e prevalência da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus, a

estratégia de saúde da família (ESF), busca aprimorar o atendimento por meio das atividades educativas em saúde, a qual visa otimizar o atendimento, de forma coletiva, mais efetiva e segura para os pacientes.

As atividades educativas em saúde favorecem o aparecimento e fortalecimento do vínculo entre usuário e equipe de saúde, o que corrobora para uma adequação nos tratamentos que possivelmente venham acontecer e de certa forma empodera o usuário, tornando-o ativo no seu processo de saúde e doença, tomando decisões juntamente da equipe de saúde sobre qual seria a melhor opção terapêutica para ele.

A partir desse pressuposto, têm-se o HIPERDIA, que se destina ao acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na UBS, para isso foi selecionado um turno voltado para o atendimento desse público. E, durante esse turno, os discentes foram convidados para exercer a atividade educativa.

Durante as visitas, observou-se que a equipe de saúde utilizava um quadro de situação de saúde, contendo o número de atendimento por patologias, em todos os meses. No fim de cada mês era feito um levantamento para se apurar quais as patologias foram tratadas na Unidade Básica de Saúde.

Dessa forma, percebeu-se que a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus estavam bastante prevalentes, sendo umas das doenças que mais acometiam aquela população.

Com isso, os acadêmicos aproveitaram o convite para trabalhar a cerca dessa temática tão importante para a comunidade.

Durante o evento, uma das atividades foi a montagem de uma pirâmide alimentar, e concomitante a ela, os usuários puderam perguntar sobre os mitos e verdades de cada alimento. Os discentes selecionaram para a montagem da pirâmide, alimentos disponíveis para a realidade da população local. Para isso, eles entraram em contato com a equipe da UBS que relatou para os discentes sobre a alimentação da população local e sobre a realidade financeira dos mesmos.

A partir desse diálogo entre profissionais e discentes, o evento se tornou prático e acessível, tendo em vista que a proposta levada pelos acadêmicos foi pensada na realidade dos usuários, bem como na melhoria da qualidade de vida.

O evento foi dinâmico e contou com a interação entre discentes, profissionais e usuários da UBS. Com uma linguagem popular, mas, mostrando o conteúdo a luz da ciência, os acadêmicos esclareceram as dúvidas que surgiram no decorrer da explanação e das dinâmicas propostas para a programação. O trabalho em grupo ofereceu aos

participantes a oportunidade de compartilhar os seus problemas e encontrar meios para encarar em conjunto a realidade vivenciada.

Além da montagem da pirâmide alimentar, foi feito um segundo momento de interação entre discentes e usuários, no qual os estudantes levaram perguntas, dúvidas corriqueiras sobre a temática para serem esclarecidas lá. Inicialmente os discentes começaram pedindo aos usuários para selecionarem uma pergunta dentro de uma caixa pequena de madeira e fizessem a pergunta aos estudantes, técnica utilizada pensando numa possível timidez dos usuários.

Durante a execução desse momento, em dado momento percebeu-se que essa timidez foi cessada e os usuários começaram a tirar suas próprias dúvidas, e percebeu-se que muitas das consultas ali marcadas eram para tirá-las e não por uma nova enfermidade ou novo tratamento. Com o auxílio dos profissionais de saúde daquela equipe, os discentes puderam sanar todas as dúvidas da população ali presente.

Finalizando a atividade, os discentes ofereceram um café da manhã para a população, mas, não com qualquer alimento, e sim, com alimentos disponíveis e acessíveis para a realidade local e permitidos, não agravando o seu estado de saúde. O intuito além de tentar fortalecer o vínculo com os usuários, foi mostrar que eles podem se alimentar bem, utilizando aquilo que eles tem na sua região de forma que consigam comprar e ao mesmo tempo cuidem de sua saúde, evitando aquilo que faz mal para si e consumindo o necessário para viver bem.

Percebeu-se então, o quão foi enriquecedora para os discentes esse momento com os usuários. Houve a reflexão de que sempre se tem algo a mais para oferecer aos outros, aos pacientes, nem que seja um ouvido atento, uma escuta qualificada.

No âmbito da saúde, nunca se termina o atendimento com o usuário, ele é contínuo, integral e sempre terá alguma coisa para fazer, nem que seja o conforto dado ao paciente. E, a educação em saúde promove esse lado mais humanizado, o olhar atento dos profissionais e ouvido disposto a ouvir.

As experiências vividas tanto no território em si quanto na atividade educativa saúde promoveram nos discentes o interesse por entender mais sobre como utilizar todas as ferramentas que estão disponíveis para um atendimento mais humanizado e de qualidade, respeitando a dignidade humana.

A saúde é composta por vários fatores, entre eles, a alimentação, moradia, psicológico, o financeiro, e tudo isso deve ser levado em consideração quando se vai atender qualquer pessoa.

Dessa forma, a territorialização se mostrou eficaz para os discentes pois, eles puderam presenciar como esses aspectos interferem realmente na qualidade de vida da população, e como a territorialização é eficaz nesse sentido.

4 CONCLUSÃO

Mediante o estudo do território, se percebe a necessidade de um atendimento diferenciado para cada usuário, devido à singularidade de cada um. A territorialização em saúde é um importante instrumento para guiar os profissionais de saúde visando desenvolver atos e ações de forma mais específica e enfática as necessidades de saúde de cada pessoa, tendo em mente que a doença pode ser a mesma, mas, o comportamento dela é diferente em cada pessoa.

Com isso, entender a real necessidade dos usuários, tendo em vista a dificuldade de acesso que muitas vezes eles possuem. A exemplo de uma barreira geográfica, a qual limita ou incapacita o usuário de chegar na Unidade Básica de Saúde. Toma-se por exemplo um deficiente físico, que faz uso de cadeira de rodas, se o único caminho que ele tem para chegar a UBS está tomado por uma grande escada, ele não chegará até o serviço.

Dessa forma, a equipe de saúde deve se sensibilizar e traçar estratégias para que esse usuário seja atendido, nem que a estratégia seja ir até o local de moradia dele.

Desse modo é possível entender que qualidade de vida de uma população depende de suas condições de existência, do seu acesso a certos bens e serviços econômicos e sociais, assim, para que se promova saúde de forma integral é necessário ver os usuários com uma visão holística, incluindo nos processos de promoção da saúde e prevenção de doenças, analisando suas condições socioeconômicas e sanitárias como os fatores condicionantes e determinantes do processo saúde/doença.

Essa experiência foi de extrema relevância para os acadêmicos de medicina visto que, eles tiveram a oportunidade de vivenciar a importância da territorialização em saúde na prática. Dessa forma, percebeu-se a eficácia dessa ferramenta e a necessidade de fazer uso dela. Os alunos notaram que quanto maior for o vínculo da equipe de saúde com o território e conseqüentemente com os usuários cadastrados, mais resolutivo é o atendimento aos pacientes e dessa forma, melhores são os resultados.

Tendo em vista que quanto mais sólido esse vínculo com o usuário, maior a adesão desse ao tratamento proposto, pois há confiança no trabalho que está sendo executado.

Além disso, percebeu-se que a prática no território foi importante para que os mesmos despertassem para a necessidade do uso dessa ferramenta enquanto profissionais e para que estudassem mais sobre o tema. Sem dúvidas, as visitas ao território superaram as expectativas, pois, a partir delas os alunos puderam vivenciar o que aprendiam na teoria e assim levá-las de forma mais sólida para a sua vida profissional.

Dessa forma, além de conhecer o território, os discentes tiveram a oportunidade de conhecer sobre a epidemiologia do local e assim propor e executar estratégia, que foi a atividade educativa em saúde, para somar junto a UBS no âmbito da promoção de saúde, fazendo medidas intervencionistas no intuito de promover uma melhor qualidade de vida.

Com isso, percebeu-se o quão necessário foi essa atividade. A necessidade de informações para a população é indispensável. Dessa forma, os estudantes perceberam que sempre é importante esclarecer aos usuários, um pouco mais sobre assuntos relacionados a prevenção, promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida. Principalmente destinados a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, que são problemas de saúde pública.

Com o aumento da expectativa de vida essas doenças passaram a prevalecer sobre a população, logo, percebe-se que trabalhar na prevenção é fundamental. Neste caso, acreditamos que métodos mais participativos, que extrapolem o simples repassar de informações e valorizem o diálogo e o intercâmbio dos saberes, podem tornar os indivíduos mais comprometidos com seu processo de mudança, para o controle e enfrentamento das doenças.

Por fim, para se trabalhar com educação popular em saúde, percebemos que é necessário entendermos que é de extrema importância estarmos com os usuários, conhecer a sua realidade para poder propor uma intervenção eficaz, que surta efeito. Entendendo que a educação deve ser voltada para o usuário e não apenas para satisfazer o ego do profissional.

Somado a isso, devemos ouvir o usuário, e não apenas o escutar. Há uma grande diferença, tendo em vista que o ato de ouvir garante que o receptor da mensagem saiba exatamente do que se trata a mensagem e resulta em uma ação.

Além disso, os profissionais e discentes devem ser humildes o suficiente para entender que ninguém sabe sobre tudo e que sempre há algo novo a ser aprendido. A população, por mais que seja “leiga” quanto a ciência, sempre tem algo a ensinar, nem que seja bons costumes e educação familiar mesmo. Durante as visitas e a realização da

atividade educativa, observamos que alguns usuários compartilharam fatos vivenciados, que nós profissionais desconhecíamos em relação a doença.

A singularidade de cada indivíduo deve ser priorizada e a partir dela iniciar as medidas cabíveis. Essa é mais uma das vantagens da territorialização e das atividades educativas, pois, à medida que utilizamos essas ferramentas como subsídio para melhorar a qualidade de vida da população, priorizamos também a sua singularidade, respeitando o local onde vivem, as condições atreladas a eles e todos os fatores possíveis que interferem na sua saúde.

REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, G. B.; FILHO, F. W. P. A.; SANTOS, R. S.; LIRA, R. C. M. Territorialização em saúde como instrumento de formação para estudantes de medicina: relato de experiência. *Revista Sanare*, v. 16, n. 1, p. 124–129, 2017. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1103>>. Acesso em: 20 jul. 2019.
2. ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Canoas, v. 1, n. 16, p.319-325.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017**. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/10_Portaria_de_Consolidacao_n_2_2017_Contratualizacao_COSEMS.pdf>. Acesso em: 15 maio 2017.
4. BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos. DISCUTINDO O TERRITÓRIO E A TERRITORIALIZAÇÃO NA SAÚDE: UMA CONTRIBUIÇÃO ÀS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL. **Revista de Geografia (Ufpe)**, Recife, v. 32, n. 3, p. 222-244, 31 set. 2015.
5. FOLLADOR, KARINE et al. SANEAMENTO BÁSICO: MEIO AMBIENTE E SAÚDE. **REVISTA UNINGÁ REVIEW**, [S.l.], v. 23, n. 1, jan. 2018. ISSN 2178-2571. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1636>>. Acesso em: 08 out. 2019.
6. Mallmann, Danielli Gavião et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2015, v. 20, n. 6 [Acessado 22 Agosto 2019], pp. 1763-1772. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.02382014>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.02382014>
7. MALTA, Deborah Carvalho et al. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 25, n. 2, p.1-2, jun. 2016. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000200016>
8. MACIAZEKI-GOMES, Rita de Cássia et al. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 5, p.1637-1646, maio 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.17112015>.
9. OLIVEIRA, Marcelle de Azevedo; DI BENEDETTO, Ana Paula Madeira; MONTEIRO, Leandro Rabello. Variação geográfica da forma e relação alométrica em otólitos de sagitta de *Maria-luiza Paralanchurus brasiliensis* (Steindachner, 1875) (Teleostei, Sciaenidae) do norte do litoral do Rio de Janeiro (21° S - 23° S), Brasil. **Boletim do Instituto de Pesca**, [S.l.], v. 35, n. 3, p. 475 - 485, nov. 2018. ISSN 1678-2305. Disponível em: <<https://www.pesca.sp.gov.br/boletim/index.php/bip/article/view/875>>. Data de acesso: 22 ago. 2019

10. PEREIRA, Rafael Alves; ALVES-SOUZA, Rosani Aparecida; VALE, Jéssica de Sousa. O PROCESSO DE TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, [s.l.], v. 1, n. 6, p.99-108, jun. 2015. Disponível em: <<http://repositorio.faema.edu.br:8000/bitstream/123456789/1794/1/PEREIRA%20et%20al..pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2019.
11. REDE INTEGRADA DE EQUIPAMENTOS PÚBLICOS DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (REDESAN). Curso de formação de gestores. **Módulo introdutório conceituando redes e equipamentos sociais**. Porto Alegre, 2009.
12. SANTARÉM. **Carta de equipamentos sociais do município de santarém**. 2010. Disponível em: <<http://www.cm-santarem.pt/servicos-municipais/acao-social-saude/outros-documentos?download=210:carta-social-santarem>>. Acesso em: 30 abr. 2017.
13. Viana DM, Araujo RS, Vieira RM, Nogueira CM, Oliveira VC, Rennó HMS. A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Rev Enferm Centro-Oeste Mineiro** [Internet]. 2015 mai/ago; 5(2):1658-68. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/470/868>>. <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.470>
14. WAGNER, Marilene. **FORMAÇÃO DE APOIADORES ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA: Oficina 2**. 2015. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/aceso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/apresentacao_-_territorializacao.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2019.
15. **7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016.