

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

BIANCA ALMERIN

**O USO DO TERRITÓRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTUDO COM
MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)**

Varginha/MG

2017

BIANCA ALMERIN

O USO DO TERRITÓRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTUDO COM MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Gestão Pública e Sociedade pela Universidade Federal de Alfenas, *campus* Varginha. Área de concentração: Gestão Pública e Sociedade
Orientadora: Maria Regina Martinez.

Varginha/MG

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca *campus* Varginha

A448u Almerin, Bianca.

O uso do território na atenção primária à Saúde : estudo com médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF) / Bianca Almerin. -- Varginha, MG, 2017.

88 f. : il. --

Orientadora: Maria Regina Martinez.

Dissertação (mestrado em Gestão Pública e Sociedade) - Universidade Federal de Alfenas, *campus* Varginha, 2017.
Bibliografia.

1. Atitudes em relação à saúde - Brasil. 2. Saúde - Atenção primária à saúde. 3. Território nacional. 3. I. Martinez, Maria Regina. II. Título.

CDD: 362.820881

Ficha Catalográfica elaborada por Natália Maria Leal Santos
Bibliotecária-Documetalista CRB8/2734

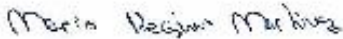
BIANCA ALMERIN

O USO DO TERRITÓRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTUDO COM MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)


Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Gestão Pública e Sociedade pela Universidade Federal de Alfenas, campus Vargem. Área de concentração: Gestão Pública e Sociedade.

Aprovada em: 12 de junho de 2017.

Prof.ª. Dra. Maria Regina Martinez
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Assinatura: 

Prof. Dr. Luiz Antônio Staub Mafra
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Assinatura: 

Prof. Dr. Sílcio Inácio da Silva Júnior
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Assinatura: 

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Jesus, por sempre me fortalecer diante das barreiras enfrentadas na trajetória da realização dos meus sonhos.

À Profa. Maria Regina Martinez pelas orientações e direcionamento na elaboração desta dissertação e pela compreensão nos momentos de dificuldades.

À Sarah Santos Alves e aos seus pais Maria e Manoel, que me acolheram com tanto carinho em Varginha e me apoiaram no período de realização do mestrado.

Aos amigos Matheus Augusto, Daniela Santos e Nathalia Oliveira, por contribuírem na coleta de dados e transcrição das entrevistas.

Ao corpo docente e administrativo da Universidade Federal de Alfenas.

Aos profissionais participantes da pesquisa, pela compreensão e colaboração.

Aos meus amigos e parentes, por todo suporte e incentivo.

O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi.

(SANTOS, 2000)

RESUMO

O Ministério da Saúde adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com a proposta de reorganizar a atenção primária conforme os princípios do SUS. Essa estratégia prioriza ações de saúde voltadas para os indivíduos, família e comunidade, em um determinado território. Diante disso, o conhecimento sobre o território é uma ferramenta indispensável para o desenvolvimento das ações na ESF, pois essas ações devem ser baseadas nas potencialidades e dificuldades encontradas no contexto em que a população está inserida. A forma com que o território é abordado pelos profissionais da saúde interfere no processo de trabalho e na eficácia das atividades realizadas na ESF. Sendo assim, o presente estudo buscou contribuir para o tema ao realizar uma análise sobre como o território é compreendido e utilizado por profissionais da Atenção Primária à Saúde. Por meio de uma pesquisa qualitativa com caráter descritivo, foram realizadas vinte e duas entrevistas com médicos e enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família, em um município do sul de Minas Gerais. Através do presente estudo é possível afirmar que, a maior parte dos entrevistados possui uma visão simplificada sobre o conceito de território, associada somente a uma delimitação geográfica. No entanto, ao caracterizarem o território em que atuam, além das características geográficas, são citados outros fatores: características da população, condições saneamento básico, riscos à saúde e problemas sociais. Com relação à utilização do território nas atividades extramuros, é notável a realização de parcerias com instituições presentes no território. Portanto, diante dos dados obtidos, pode-se concluir que o território é utilizado na ESF através de parcerias e atividades extramuros, e que essas atividades são realizadas pela maioria das enfermeiras, sendo que, a maior parte dos médicos realizam apenas consultas nas unidades de saúde e visitas domiciliares.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Território.

ABSTRACT

The Ministry of Health assumed the Family Health Strategy (ESF), with the proposal to reorganize primary care according to SUS principles. This strategy prioritizes health actions aimed at individuals, families and communities in a given territory. Therefore, knowledge about the territory is an indispensable tool for the development of actions in the ESF, for these actions must be based on the potentialities and difficulties found in the context in which the population is inserted. The way in which the territory is approached by health professionals interferes in the work process and in the effectiveness of the activities carried out in the ESF. Thereby, this present study sought to contribute to the theme by doing an analysis of how the territory is understood and used by Primary Health Care professionals. Through a qualitative research with a descriptive character, twenty-two interviews were conducted with physicians and nurses of the Family Health Strategy, in a municipality in a southern city of Minas Gerais. Through the present study it is possible to affirm that, most of the interviewees have a simplified point of view on the concept of territory, related only to a geographical delimitation. However, by characterizing the territory in which they act, in addition to the geographic characteristics, other factors are mentioned: population particulars, basic sanitation conditions, health hazard and social problems. Regarding the use of the territory in the extramural activities, it is remarkable the realization of partnerships with institutions present in the territory. Hence, given the obtained data, it is concluded that the territory is used in the ESF through partnerships and extramural activities, and that these activities are executed mostly by nurses, being that most physicians only does home visits and appointments at health facilities.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Strategy. Territory.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Relações entre entidades (instituições e atores sociais) atuantes sobre o território do PSF.....	43
Quadro 1 –	Da atenção médica primária à atenção primária à saúde	16
Quadro 2 –	Diferenças entre o modelo hegemônico de atenção à saúde e o PSF brasileiro	24
Quadro 3 –	Síntese da abordagem de território	30
Quadro 4 –	Enunciações referentes aos sentidos do território na saúde	31
Quadro 5 –	Sistemas de objetos e sistemas de ações / suas relações na área da saúde.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características demográficas do município/ censo 2010.....	48
Tabela 2 – Idade dos Entrevistados	50
Tabela 3 – Tempo de Atuação nas Unidades	51
Tabela 4 – Tempo de Atuação nas Unidades	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	– Atenção Básica em Saúde
APS	– Atenção Primária à Saúde
ESF	– Estratégia de Saúde da Família
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	– Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
NOB	– Normas Operacionais Básicas
OMS	– Organização Mundial de Saúde
OPAS	– Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	– Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	– Política Nacional de Atenção Básica
PSF	– Programa de Saúde da Família
SUS	– Sistema Único de Saúde
USF	– Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	OBJETIVOS.....	14
2	ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL	15
2.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	15
2.2	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	20
3	TERRITÓRIO E A SAÚDE	27
3.1	TERRITÓRIO	27
3.2	TERRITÓRIO NO CONTEXTO DA SAÚDE.....	31
3.3	TERRITÓRIO E O PLANEJAMENTO NA SAÚDE	36
3.4	ABORDAGEM DO TERRITÓRIO NA ESF	38
3.5	O TERRITÓRIO E A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESF	41
4	METODOLOGIA	46
4.1	POPULAÇÃO E AMOSTRA	46
4.2	COLETA DE DADOS	47
4.3	LOCAL DE ESTUDO.....	48
4.4	ANÁLISE DOS DADOS	48
4.5	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	49
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	50
5.1	CARATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	50
5.2	CATEGORIAS DE ANÁLISE	51
5.3	PERCEPÇÃO E A UTILIZAÇÃO DO TERRITÓRIO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	52
5.3.1	Categoria 1: Definindo o conceito de território.....	52
5.3.2	Categoria 2: Caracterização do território	54
5.4	UTILIZAÇÃO DO TERRITÓRIO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	58
5.4.1	Categoria 3: “Atividades extramuros na Estratégia de Saúde da Família”	58
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
	REFERÊNCIAS	66
	APÊNDICES	73
	ANEXOS	86

1 INTRODUÇÃO

Na década de 80, o Brasil passou por várias mudanças no setor da saúde, advindas de reformas estruturais e legislativas que possibilitaram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir disso, a saúde passou a ser um direito de todos e um dever do Estado. Nesse período, procurava-se estabelecer no sistema um modelo de atenção à saúde que fosse capaz de oferecer serviços baseados na universalidade, integralidade e equidade. Para isso, era necessário alterar o modelo de atenção à saúde que possuía apenas uma abordagem curativa.

Sendo assim, o país adotou o modelo de atenção primária como a proposta de gerar mudanças nas práticas de saúde e para organizar o SUS, uma vez que a atenção primária é um modelo mais abrangente que busca garantir o acesso de todos (indivíduos, família e comunidade) aos serviços de saúde e representar uma alternativa prioritária para a organização dos sistemas de saúde em âmbito mundial.

No início da década de 90, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Saúde da Família (PSF), que posteriormente passou a ser reconhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essa é uma estratégia de reorganização da atenção primária, com os seguintes princípios: “A família como foco de abordagem, território definido, adscrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, corresponsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social.” (BRASIL, 2011, p.15).

A ESF é composta por uma equipe multiprofissional, onde o trabalho dos profissionais precisa ser direcionado para a assistência integral e contínua de todos os indivíduos cadastrados na unidade de saúde, considerando o seu contexto familiar e as características da comunidade no qual estão inseridos. Isso envolve uma estruturação territorial nas ações da ESF, já que as atividades das equipes de saúde são voltadas para uma população adscrita, em territórios previamente definidos.

Essa estruturação territorial utilizada na ESF, onde são definidos os territórios de atuação de cada equipe, é compreendida como o processo de territorialização da saúde (FARIA, 2013). Na ESF, a territorialização e os mapas de abrangência são ferramentas que estruturam as ações, individuais ou coletivas, da equipe de saúde.

No processo de trabalho da equipe de saúde da família, é preciso definir a área de atuação, levantando as áreas de riscos e as famílias mais expostas aos riscos que podem gerar doenças. Esse processo é realizado por meio do reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população atendida (GONDIM et al., 2008). Assim, os profissionais de saúde no âmbito da atenção primária devem participar do processo de territorialização e

mapeamento da área de atuação. O planejamento local pressupõe um conhecimento dos profissionais sobre as características do território (sociais, demográficas, econômicas, entre outras), para que sejam identificadas as situações a serem acompanhadas. Além das unidades de saúde, os profissionais podem utilizar domicílios e os demais espaços comunitários (escolas, igrejas, associações, entre outros) para realizarem suas atividades (BRASIL, 2012).

Dessa forma, o território não pode ser reconhecido apenas como forma geográfica, pois o reconhecimento sobre as características do território permite um entendimento ampliado do processo saúde/doença. As particularidades do território e a forma como as ações são dispostas territorialmente influenciam na efetivação dos princípios do SUS.

Sendo assim, as ações sobre o território apresentam desafios, pois requerem uma compreensão mais ampla que venha romper os muros das unidades de saúde, constituindo ações que envolvam o contexto em que a população está inserida (BRASIL, 1997). O reconhecimento e a adaptação territorial acrescentam várias possibilidades de ações no processo de trabalho dos profissionais da atenção primária (FARIA, 2013).

No entanto, o território é compreendido, muitas vezes, apenas como uma delimitação geográfica pelos profissionais da saúde, que acabam tratando-o de forma parcial, com uma visão simplificada voltada somente para uma questão administrativa. Isso limita o conhecimento e a utilização do território nos serviços de saúde.

Diante desse contexto, o presente estudo foi guiado por meio de uma pesquisa qualitativa na Estratégia de Saúde da Família, com a seguinte pergunta norteadora: Como o território é compreendido e utilizado por médicos e enfermeiros da ESF?

A elaboração deste estudo foi de grande importância para a autora, pois para elaborá-lo foram realizadas pesquisas, visando integrar a teoria com a prática e consolidar conceitos adquiridos ao longo do curso, por meio da participação em situações reais. A partir deste estudo foi possível obter um contato direto com uma política pública, possibilitando a realização de uma análise sobre as responsabilidades e atuação dos profissionais da saúde na Estratégia de Saúde da Família. Portanto, o estudo contribuiu no desenvolvimento e aperfeiçoamento acadêmico e profissional da autora.

Considerando que o território deve ser priorizado na perspectiva de promover intervenções e orientações para a promoção à saúde e prevenção das doenças, o profissional precisa adquirir novas formas de atuação, como o foco em realizar intervenções que vão além de um olhar clínico e individual, beneficiando a comunidade como um todo (LIMA et. al., 2016).

Portanto, o estudo contribuirá em perspectivas teóricas, pois foram abordados assuntos referentes ao conceito de território e o seu uso nas práticas de saúde, entre outros assuntos relacionados ao tema. No decorrer da pesquisa foram realizadas entrevistas que, ao serem analisadas, puderam auxiliar a identificar como o território vem sendo compreendido e utilizado pelos profissionais da atenção primária na Estratégia de Saúde da Família. Além disso, a Secretaria de Saúde do município estudado, os profissionais de saúde e a população poderão ter acesso aos dados obtidos na pesquisa, o que poderá contribuir para o planejamento de ações futuras da estratégia de saúde da família.

1.1 OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivo geral, identificar como médicos e enfermeiros da atenção primária compreendem e utilizam o território de abrangência da ESF na sua atuação profissional.

Especificamente, esta pesquisa se propôs a:

- a) analisar a compreensão conceitual dos médicos e enfermeiros sobre o território na perspectiva de ESF;
- b) verificar se médicos e enfermeiros desenvolvem ações da ESF externas à unidade de saúde, no âmbito do território adscrito, e quais são essas atividades;
- c) identificar quais pontos no território adscrito médicos e enfermeiros têm utilizado em suas ações da ESF.

2 ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

A atenção primária tem sido apontada, nacional e internacionalmente, como o principal modelo de atenção para a reorganização dos sistemas de saúde. Neste capítulo, serão mencionadas características desse modelo de atenção, a sua relação com o sistema de saúde brasileiro e implementação da Estratégia de Saúde da Família.

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Nas duas últimas décadas do século XX ocorreram muitas mudanças por meio de reformas em estruturas de Governo. Dentre elas, a reforma sanitária foi uma das mais amplas do referido período. No processo de redemocratização, o Brasil buscou romper as formas antigas de promover serviços de saúde à população. Procurava-se implantar um novo modelo baseado na universalidade, integralidade e equidade. Para cumprir seus objetivos, eram previstas mudanças nos princípios organizativos por meio de mecanismos de descentralização, hierarquização de serviços e estrutura de gerenciamento (BRASIL, 2011).

Assim, o rompimento com o modelo sobre o qual o sistema de saúde brasileiro era estruturado por décadas e a concretização da agenda progressiva elaborada pelo movimento sanitário dos anos 80 tornaram o processo de implantação do SUS um desafio complexo, pois a situação político-econômica nacional e internacional era bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais universalistas e redistributivas (BRASIL, 2007).

No entanto, apesar das dificuldades encontradas, o movimento da reforma sanitária foi abordado na 8ª Conferência Nacional de Saúde e foi fundamental para a elaboração do texto da saúde na constituição de 1988. A partir disso, foi implantado o SUS e a saúde passou a ser reconhecida como um direito de todos e dever do Estado, com o objetivo de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços. Dessa forma, o SUS foi organizado em princípios e diretrizes, onde a APS foi definida como norteadora e articuladora no processo de transformação do modelo de atenção à saúde vigente (BRASIL, 1986; BRASIL, 2011).

Neste contexto, Starfield (2002) salienta que, para que haja alterações nas ações em um modelo de serviços de saúde, é necessário alterar a atenção médica convencional com uma

abordagem mais curativa, para uma atenção primária à saúde que possui uma abordagem mais abrangente.

Os sistemas de saúde podem adotar um modelo de atenção primária mais amplo, com a intenção de aumentar serviços que atendam às necessidades dos indivíduos e da comunidade. Neste cenário, Starfield (2002) ilustrou, em uma adaptação de Vuori (1985), as mudanças necessárias no processo de reorganização dos serviços de saúde, ver Quadro 1.

Quadro 1 – Da atenção médica primária à atenção primária à saúde

CONVENCIONAL	ATENÇÃO PRIMÁRIA
ENFOQUE	
Doença Cura	Saúde Prevenção, atenção e cura.
CONTEÚDO	
Tratamento Atenção por episódio Problemas específicos	Promoção da saúde Atenção continuada Atenção abrangente
ORGANIZAÇÃO	
Especialistas Médicos Consultório individual	Clínicos gerais Grupo de outros profissionais Equipe
RESPONSABILIDADE	
Apenas setor de Saúde Domínio pelo profissional Recepção passiva	Colaboração intersetorial Participação da comunidade Autorresponsabilidade

Fonte: STARFIELD (2002, p. 33)

Para Marin, Marchioli e Moravick (2013), na atenção primária à saúde são apresentados pressupostos claros que possibilitam a implantação de um novo modelo de atenção, os quais nos últimos anos têm contribuído com um avanço na construção do SUS, no qual é possível observar um papel de destaque da APS, já que a mesma se fortaleceu como condição fundamental para estruturar os sistemas locais nas diferentes esferas governamentais, e tornar efetiva a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2011).

Atualmente, a APS é considerada base para a criação de um modelo assistencial que tenha a atenção ambulatorial de primeiro nível, ou seja, serviços de primeiro contato da população com o sistema de saúde. No Brasil, durante o processo de implantação do SUS, o Ministério da Saúde adotou o termo Atenção Básica para definir a Atenção Primária. No entanto, há uma crescente utilização do termo atenção primária à saúde em documentos oficiais brasileiros. Identifica-se, nesse cenário, que os termos APS e ABS são utilizados como sinônimos no país (BRASIL, 2011; MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

O processo de desenvolvimento e a consolidação do SUS, que historicamente envolveu diversos atores (movimentos sociais, usuários e gestores federais, estaduais e municipais), resultaram na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A atenção básica tem o objetivo de ser a principal porta de entrada no sistema de saúde. Sendo assim, é fundamental que seja orientada pelos “princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2012, p. 9). Na política nacional ela é caracterizada:

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 (BRASIL, 2012, p. 19).

A atenção primária não é direcionada somente para enfermidade, mas também para o indivíduo, a família e a comunidade. Ao longo do tempo, a APS passou a oferecer atenção para todas as condições, com exceção das muito incomuns e já abordadas em outro lugar ou por outros níveis de atenção. A atenção primária se diferencia dos outros níveis de atenção pelas características clínicas dos pacientes, que incluem a diversidade de diagnósticos ou problemas identificados. A atenção primária compartilha com os demais níveis de atenção dos sistemas de saúde a responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação, e trabalho em equipe (STARFIELD, 2002).

A atenção primária é o nível que busca constituir-se como porta de entrada do sistema de saúde. O primeiro requisito para a consolidação de um serviço como porta de entrada no sistema de saúde é que este seja acessível à população, para isso é necessário que as barreiras geográficas sejam eliminadas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Assim, a atenção primária por meio do trabalho em equipe é desenvolvida pelo exercício de práticas democráticas e participativas, direcionadas para a população em um

determinado território previamente adscrito. Nessas práticas, assume-se a responsabilidade sanitária, levando em conta as diversidades de cada território. Portanto, as práticas de atenção primária são desenvolvidas no contexto em que as pessoas estão inseridas, sendo necessário observar no território quais as principais necessidades de saúde e seus fatores de risco, e onde serão utilizadas tecnologias variadas de cuidado para que as demandas sejam supridas. Os problemas mais comuns na comunidade são abordados pela atenção primária, que oferece serviços voltados para a prevenção, cura e reabilitação (BRASIL, 2012; STARFIELD, 2002).

Nesse nível de atenção primária podem ser abordados atributos exclusivos e atributos derivativos sugeridos por Starfield (2002). Os atributos exclusivos são a atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação:

- a) a atenção ao primeiro contato refere-se ao acesso e uso dos serviços diante das necessidades pela qual as pessoas procuram atenção à saúde. Uma unidade de saúde deve entender e aplicar a proposta de acessibilidade, pois a atenção ao primeiro contato só se torna efetiva quando os usuários a identificam como acessível, e quando isso reflete na sua utilização. Portanto, uma avaliação da acessibilidade (elemento estrutural) e da utilização (elemento processual) possibilita a medição sobre a atenção ao primeiro contato;
- b) a longitudinalidade requer a existência de uma fonte regular de atenção à saúde e seu uso ao longo do tempo. Além disso, a equipe de saúde precisa abordar a população adscrita e identificar quais indivíduos necessitam receber atendimento na unidade de atenção primária. A população e a unidade de atenção devem possuir um vínculo fortalecido por laços interpessoais, que envolvem a cooperação mútua entre pessoas e profissionais da saúde;
- c) a integralidade pressupõe que as unidades de atenção primária ofereçam um conjunto variado de serviços que atendam às necessidades do paciente, pois ele deve receber todos os tipos serviços de atenção à saúde. Assim, a equipe precisa promover ações preventivas, serviços que atendam as doenças manifestas, o que inclui também o reconhecimento de questões sociais, já que e os problemas de saúde ocorrem em um ambiente social que predispõe ou gera enfermidades. Portanto, devem ser abordados diversos tipos de problemas de saúde presentes no contexto da unidade de atenção primária. No caso de uma demanda por serviços que não sejam oferecidos pela

atenção primária, torna-se necessário o encaminhamento para outros níveis de atenção que realizam serviços mais específicos como consultas, internações, entre outros;

- d) a coordenação da atenção primária requer alguma forma de continuidade, seja através dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos. É necessário também o reconhecimento de problemas anteriores e problemas que foram identificados em outro nível de atenção. Este histórico de problemas do paciente deve ser considerado nas consultas subsequentes. Portanto, a continuidade e o reconhecimento de problemas na atenção primária devem garantir que o paciente receba um tratamento integral através da coordenação dos serviços oferecidos.

A centralização na família, a competência cultural e a orientação para a comunidade, formam os três atributos derivativos que qualificam a atenção primária (STARFIELD, 2002).

- a) a centralização na família: a avaliação das necessidades do paciente para uma atenção integral deve considerar o contexto familiar e suas influências sobre a saúde/doença do paciente;
- b) competência cultural: envolve o reconhecimento e a abordagem de características culturais especiais da população na elaboração do projeto de serviços;
- c) orientação para a comunidade: requer o reconhecimento do contexto social em que os pacientes estão inseridos. As necessidades da comunidade podem ser avaliadas e abordadas nos serviços de saúde, através do entendimento das características de saúde e dos recursos disponíveis nela.

Diante do que foi mencionado anteriormente, pode-se afirmar que a APS possui características importantes para os serviços de saúde. Atualmente, fica claro também que diferentes sistemas de saúde buscam se fortalecer por meio da reestruturação da APS. Torna-se cada vez mais relevante a organização de um sistema de saúde fundamentado na atenção primária que atua como porta de entrada do sistema, ordena o cuidado aos usuários e é responsável por grande parte dos problemas de saúde da população em um determinado território. A APS exerce um papel crucial para que sejam alcançados os objetivos do SUS (BRASIL, 2011).

Porém, sejam nas experiências nacionais ou internacionais, a atenção primária não tem a prioridade que deveria. Isso acontece por várias razões:

A sua decodificação como programa para regiões e para populações pobres, constituída por tecnologias simples e baratas; a baixa valorização, tanto material quanto simbólica que deriva de uma expressão ideológica de uma atenção simplificada; o conceito equivocado de que é de baixa complexidade tecnológica; a menor densidade, o que afasta dela os interesses mais estruturados dos prestadores de serviços e do complexo industrial da saúde; a menor valorização pelos profissionais de saúde em função do paradigma flexneriano prevalecente; o distanciamento das soluções mais espetaculares que se dão, especialmente, no nível terciário do sistema; e a desconfiança de que a atenção primária à saúde não apresenta os resultados propagados pelos seus defensores, em termos econômicos e sanitários (MENDES, 2009, p. 1).

No Brasil, a utilização da atenção primária como forma de reorganizar as práticas no SUS apresenta contribuições para que o direito à saúde seja efetivo, pois ela contribui no enfrentamento de determinantes sociais, e se caracteriza como uma alternativa para a redução das desigualdades sociais e regionais no acesso e na utilização dos serviços de saúde (CONILL, 2008; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). No entanto, para que a atenção primária gere resultados e benefícios, é preciso que ela seja compreendida de forma mais ampla, como uma estratégia de reorganização dos sistemas de atenção à saúde e não como um programa voltado somente para a população pobre ou vista apenas como um nível de atenção. Na realidade brasileira, superar a ideia de uma atenção de nível básico de atendimento possibilita que a atenção primária seja integral, ampla e abrangente. Para isso, é necessário que a atenção primária seja adotada como prioridade pelos gestores do SUS nas três esferas governamentais (BRASIL, 2009).

As três esferas governamentais possuem a responsabilidade de contribuir para a reorientação do modelo de atenção e estimular a implantação da ESF nos serviços de saúde municipais, como forma de qualificação da atenção primária, já que a Saúde da Família no Brasil é considerada uma estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção primária, de acordo com os preceitos do SUS. O Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais adotam a estratégia para reorientar o processo de trabalho como forma de potencializar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção primária, e de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde da população (BRASIL, 2012).

2.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Na década de 1990, o sistema de saúde brasileiro passou a orientar a política de saúde no sentido de priorizar a atenção primária, inspirado na experiência do Programa de Agentes

Comunitários de Saúde (PACS), realizado no Ceará em 1987. O PACS foi criado com o objetivo principal de contribuir no processo de redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente no Norte e Nordeste. Em 1993, o PACS estava implantado em 13 estados dessas regiões para ampliar a cobertura dos serviços de saúde nas áreas mais pobres. (BODSTEIN et al., 2006; VIANA; POZ, 2005).

A história do Programa de Saúde da Família teve início nos anos 90, quando o Ministério da Saúde implantou o PACS como um programa nacional. Pode-se dizer que o PACS é um programa antecessor do PSF, pois a partir dele a família foi colocada em enfoque nos serviços de saúde e não mais somente o indivíduo. Passou então a ser introduzida no país a noção de área de cobertura por família (VIANA; POZ, 2005).

Em 1994, o PSF foi implantado como uma política nacional de saúde, em um cenário que possuía grandes influências institucionais relevantes no processo de sua incorporação como política prioritária no país. Esse cenário era marcado pela evolução do SUS, e por experiências e influências institucionais que visavam políticas de atenção primária (ANDRADE; BEZZERA; BARRETO, 2005).

Inicialmente, o PSF tinha como objetivo fortalecer a qualidade de vida dos grupos excluídos, melhorando o acesso aos serviços de saúde. Caracterizava-se como um programa direcionado para uma população pobre com opções restritas de serviços, assim, mantinha-se uma atenção primária seletiva. Em 1997, à abordagem da Saúde da Família como estratégia modificou a atenção primária, trazendo um caráter mais amplo. A ESF passou a ser um novo modelo para atenção primária do SUS a fim de orientar e reestruturar o sistema, procurando realizar ações articuladas com os demais níveis de atenção. Portanto, atualmente é equivocada a compreensão da ESF como uma estratégia pobre para pobre, que possui apenas serviços de baixo nível, uma vez que a estratégia é baseada na cobertura universal, que requer uma complexidade alta nas áreas de conhecimento, do desenvolvimento, de habilidades e de mudanças nas práticas (BRASIL, 1997; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Segundo Silvestre e Neto (2003), a Estratégia Saúde da Família foi adotada para reorganizar o modelo tradicional, através de inovações na atenção primária. A estratégia é uma proposta que visa à organização dos serviços no nível primário de saúde, procurando melhorar a relação com a comunidade e com os diversos níveis de complexidade, assumindo os compromissos de:

- a) reconhecer a saúde como um direito de cidadania, humanizando as práticas de saúde e buscando a satisfação do usuário pelo seu estreito relacionamento com os profissionais de saúde;

- b) prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva e de boa qualidade à população, na unidade de saúde e no domicílio, elegendo a família, em seu contexto social, como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- c) identificar os fatores de risco os quais a população está exposta e neles intervir de forma apropriada;
- d) proporcionar o estabelecimento de parcerias pelo desenvolvimento de ações intersetoriais que visem à manutenção e à recuperação da saúde da população;
- e) estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (SILVESTRE; NETO, 2003, p. 841).

A decisão de implantar a saúde da família como estratégia superou as limitações temporais e a baixa amplitude referentes a um programa setorial de saúde. A estratégia não foi adotada somente para organizar a atenção primária em um curto período, mas como forma de estruturar o sistema público de saúde, auxiliando na consolidação de seus princípios. Após a sua implantação e evolução, a estratégia tornou-se uma proposta que se refletiu na saúde da população em vários municípios do país (ANDRADE; BEZZERA; BARRETO, 2005).

Isso foi possível, pois o Brasil passou por várias transformações nos serviços de saúde, principalmente após a criação do SUS. Ao conquistar o direito à saúde foi necessário regulamentar o sistema e construí-lo a partir de uma ação cooperativa que envolve as três esferas governamentais: União, estados e municípios (BRASIL, 2007).

O sistema de saúde inscrito na Constituição brasileira de 1988 define-se por três características:

Criação de um modelo nacional de saúde; a proposta de descentralização (o gestor do sistema será o executivo municipal) e a criação de novas formas de gestão, que incluem a participação de todos os atores envolvidos com a política (prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários) (VIANA, 1988, p.13).

Para suprir a complexidade da descentralização na área da saúde, foram definidas as competências de cada esfera governamental, por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB) (BRASIL, 2007). As Normas Básicas têm como objetivo disciplinar a diretriz de descentralização, estabelecida na Constituição e na legislação do SUS (leis 8.080 e 8.142, de 1990) (BRASIL, 1993).

Na década de 90, as Normas Operacionais Básicas foram editadas e apresentavam mecanismos fundamentais no processo de concretização da descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva da consolidação do SUS. Essas normas definiram as competências de cada esfera de governo, e também as condições necessárias para que Estados e municípios tivessem a possibilidade de assumir novas posições nos processos de serviços do sistema de saúde (BRASIL, 2007).

No país, a descentralização em saúde se caracteriza como político-administrativo, envolvendo a transferência de serviços, responsabilidades e recursos do governo federal para os Estados e municípios. E, apesar de encontrar dificuldades na implementação de muitos dispositivos das três NOBs, o país avançou no processo de descentralização no sistema de saúde, houve a municipalização da gestão e os estados adquiriram a função de coordenar o sistema de referência intermunicipal (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2011).

A implantação das NOB-SUS 91, principalmente as NOB- SUS 93 e 96, além de tornar integrais as ações entre as esferas governamentais, também transferiu para os Estados e municípios funções e recursos para a operacionalização do SUS, que anteriormente eram concentradas no governo federal (BRASIL, 1993).

A NOB-SUS 01/96 estabeleceu diferentes formas de gestão, tanto para os Estados quanto para os municípios. Então, o município passou a ter mais autonomia no sistema de saúde, pois se estabeleceu na NOB a gestão plena da atenção básica e plena do sistema municipal, sendo que, em cada uma dessas condições se firmaram modalidades de repasse/transferência de recursos federais (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2011). Esse processo gerou um desenvolvimento de experiências municipais e influenciou contingência de profissionais qualificados em diversas áreas do SUS (BRASIL, 2001).

A habilitação das condições previstas sobre formas de gestão na NOB-SUS 01/96, atingiu 99% do total de municípios do país, no ano de 2000 (BRASIL, 2001), após esse período houve uma expansão da ESF nos municípios, sendo que em julho de 2016, o número de equipes da ESF atingiu para 41.355 mil e a cobertura populacional 64,60 % (cerca de 125 milhões de habitantes) (BRASIL, 2016a).

Assim, pode-se afirmar que o processo de descentralização possibilitou a implantação da ESF nos mais diversos municípios brasileiros. O consenso de implantar a atenção primária de forma prioritária se refletiu nas diferentes esferas administrativas (federal, estadual e municipal) e a velocidade da expansão e evolução da ESF comprova a adesão de gestores estaduais e municipal aos seus princípios. Com isso, o acesso da população às práticas de atenção primária aumentou. A estratégia aumentou o acesso aos serviços de atenção primária, e consolidou o processo de organização da atenção primária nos municípios (ANDRADE; BEZZERA; BARRETO, 2005; BRASIL, 2011).

Pode-se afirmar que a implementação da ESF possibilitou um grande impacto nos procedimentos de gestão da saúde no Brasil, principalmente nos princípios organizativos do

SUS. No Quadro 2 é mostrada uma breve discussão da relação entre a ação da ESF e as dimensões organizativas do SUS (ANDRADE; BEZZERA; BARRETO, 2005).

Quadro 2 – Implicações do PSF brasileiro sobre o modelo hegemônico de atenção à saúde

DIMENSÃO ORGANIZATIVA	IMPACTO
Universalização	Expansão disseminada de acesso à atenção básica. Tentativa de superação das iniquidades de saúde, quando houve uma oportunidade inicial de acesso consistente à saúde em áreas de risco, especialmente aquelas geograficamente isoladas e de difícil acesso rodoviário. Tentativa de superação das desigualdades regionais, quando se possibilitou a implantação de equipes do PSF compostas também por médicos e enfermeiros em regiões brasileiras historicamente menos privilegiadas, como o Nordeste e o Norte.
Descentralização	Transferência de autoridade de gestão administrativa-orçamentária ao município. Transferência direta e estável de recursos federais para o financiamento do programa. Delegação da responsabilidade primária sobre a saúde dos cidadãos (por exemplo, planejamento das ações, implementação e avaliação/monitoramento) ao poder público local. Ganho de autonomia nas decisões de saúde relativas aos municípios pelos profissionais de saúde locais.
Integralidade	Houve uma necessidade de se integrar a rede básica com as redes secundária e terciária quando o PSF passou a identificar problemas de saúde que não podiam ter resolutividade local. Esse processo acabou por estimular uma ação mais efetiva das redes regionais de atenção à saúde, fomentadas pela pactuação entre municípios e o estado. A própria tendência de se buscar interdisciplinaridade nas equipes do PSF contribuiu para a consolidação da integralidade.
Controle social	Maior consciência das condições de saúde e participação comunitária nas decisões de relevância local. Comportamento regulador mais proativo nos conselhos municipais de saúde, muitas vezes estimulado pelas próprias equipes de saúde da família. Algumas experiências de planejamento e avaliação participativos.

Fonte: ANDRADE; BEZZERA; BARRETO (2002, p. 341-342)

A ESF acaba sendo definida como uma política pública dinâmica e coletiva no seu processo construtivo (BRASIL, 2011). Entretanto, para que essa estratégia seja consolidada de forma eficiente e produtiva, é necessário que sejam envolvidos em suas atividades gestores e diversos profissionais da saúde. Nesse processo, há a necessidade de um conhecimento técnico científico e uma transformação no modelo de atenção curativo para uma atenção primária mais ampla. A consolidação da estratégia também pressupõe uma produção de resultados positivos que possam promover uma qualidade de vida melhor para a população (ANDRADE; BEZZERA; BARRETO, 2005).

A organização de uma unidade voltada para a saúde da família deveria ir além da prestação de assistência médica individual. Apesar dos avanços alcançados ao longo dos anos, a saúde da família enfrenta diversos desafios e dificuldades para que seja realmente consolidada como uma estratégia capaz de reorientar as práticas de saúde, auxiliando na substituição de um modelo de atenção assistencial hegemônico, para um modelo de atenção que promova a prevenção e ações de saúde de forma humanizada e acesso universal (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; SOUSA et al., 2011).

A ESF enfrenta problemas como, por exemplo, a banalização da atenção primária gerada por uma concepção hierárquica do SUS; a inadequada infraestrutura física; a atenção muitas vezes focada em condições e eventos agudos; as dificuldades encontradas na assistência farmacêutica e no sistema de diagnóstico e terapêutico; deficiências nos processos de recursos humanos; a fragilidade na capacitação profissional e nas relações de trabalho; e a falta de gestores profissionalizados (MENDES, 2009). Verifica-se, que a estratégia requer um investimento na formação de profissionais, para que eles sejam capazes de atuar no contexto da saúde da família, criando vínculos com a população e buscando intervir na realidade do paciente, a fim de oferecer serviços de qualidade no âmbito da atenção primária (SOUSA et al., 2011).

Nota-se evolução na ESF, em termos de estrutura, processos e resultados, no entanto, percebe-se que existe a necessidade de mudança no entendimento dos gestores, para que reconheçam que o investimento na ESF produz eficiência nas ações de saúde (MENDES, 2009). Quando compreendida como uma proposta de reorientação do modelo de atenção à saúde, a ESF representa um avanço na abordagem de diversas dimensões que envolvem a atenção à saúde, e isso diz respeito a um trabalho em equipe, procurando uma aproximação dos profissionais ao contexto de vida das pessoas (MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013).

O trabalho em equipe é defendido como uma ferramenta importante diante das alterações realizadas no processo de serviços da saúde. No Brasil, as equipes possuem um papel relevante no setor da saúde, principalmente diante da implantação de um sistema que tem como proposta a atenção comunitária e preventiva (PEDUZZI, 2002).

As alterações realizadas nas últimas décadas no setor da saúde promoveram diferentes formas organizacionais-gerenciais. A proposta de realizar serviços de qualidade, a busca por uma produtividade maior, a inovação da tecnologia utilizada, entre outros, são fatores que promovem mudanças no processo de trabalho em saúde. Esses fatores influenciam na prática

diária dos profissionais de saúde, e isso requer que as ações realizadas pelo profissional sejam articuladas com as atividades dos outros profissionais da equipe. Assim, destaca-se o caráter multiprofissional nos serviços da equipe, que pressupõe um enfrentamento dialógico de conflitos, de distribuição de atividades e responsabilidades, buscando uma dinâmica flexível de regras e acordo entre os profissionais da equipe (PEDUZZI, 2002).

No caso da saúde da família, a estratégia é composta por equipes multiprofissionais que realizam o acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em um território previamente definido. Essas equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 1997).

Após a implantação de equipes de saúde da família, uma grande parte dos postos e centros de saúde foi transformada em Unidades de Saúde da Família (USF), através da reorganização interna dos serviços prestados (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A USF é uma unidade com o objetivo de realizar atenção contínua nas especialidades básicas com uma equipe multiprofissional, procurando cumprir os princípios da APS, de forma a ser o primeiro contato da população com as ações e serviços de saúde com integralidade e coordenando os fluxos de serviços para os demais níveis assistenciais, quando são identificados problemas que necessitam de serviços específicos (BRASIL, 1997).

A ESF é uma estratégia que proporciona o contato direto da equipe de saúde com as famílias, e procura aproximar os profissionais da realidade em que a população está inserida. Isso reafirma que as ações da atenção na saúde da família sejam realizadas de forma integral, através da responsabilização clínica e territorial, ou seja, uma ação integral na atenção voltada para as necessidades em saúde dos pacientes e também uma corresponsabilidade pela saúde da população no território adscrito (BRASIL, 2011).

3 TERRITÓRIO E A SAÚDE

O território possui grande participação na elaboração e na eficácia das atividades realizadas no setor da saúde. Neste capítulo, serão abordadas reflexões sobre o uso do território como ferramenta de planejamento e a sua influência nos serviços da saúde pública brasileira, especificamente na Estratégia de Saúde da Família. Portanto, serão apresentados neste trabalho alguns estudos atuais sobre o referido conceito, baseados nas obras de Milton Santos.

3.1 TERRITÓRIO

O conceito de território tem sido utilizado em dimensões políticas com uma lógica espacial. No entanto, as discussões que tenham o território como objetivo precisam reavaliar as características desse conceito, pois desde o final do século XIX, a abordagem de território ganha diferentes significados estabelecidos historicamente (SILVA, 2009).

Uma investigação etimológica da palavra território revela os significados dessa expressão como “terra pertencente a” *terri* (terra) e *torium* (pertencente a) -, de origem latina; ou como “*terreo-terror*” (aterrorizar – aquele que aterroriza) de origem grega (HAESBAERT, 2004).

O entendimento mais antigo do território é quando ele é visto como o limite do Estado-Nação, pois o Estado é uma expressão de território ou de territorialidade. Porém, não se pode entender o território nacional e suas subdivisões como a única expressão de território, pois assim outras formas de poder e, portanto, de territorialidade e constituição de territórios seriam negligenciadas. O entendimento restrito aos aspectos políticos sobre território é derivado da própria história do pensamento geográfico e das ciências políticas. Essa abordagem restrita aos aspectos políticos é a mais utilizada nos diversos campos do saber, e pelo senso comum, isso pode explicar grande parte dos equívocos em torno da discussão do conceito de território (FARIA, 2012).

Em um estudo mais amplo, Souza (2000) aponta o território como um “espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder” (SOUZA, 2000, p.78). Neste

sentido, Faria (2012) aponta que, as diversas definições do conceito de território são na realidade diferentes definições de poder, ou diferentes abordagens das relações sociais de poder. Sendo que, alguns estudos dão prioridade aos aspectos econômicos, outros aos aspectos culturais e outros aos processos políticos.

Saquet (2007) através do seu estudo identificou quatro tendências ou perspectivas de abordagem do território:

a) uma eminentemente econômica. Sob o materialismo histórico dialético, na qual se entende o território a partir das relações de produção e das forças produtivas; b) outra, pautada na dimensão geopolítica do território; c) a terceira, dando ênfase às dinâmicas política e cultural, simbólicamente, tratando de representações sociais centrada na fenomenologia e, d) a última, que ganha força a partir dos anos de 1990, voltada às discussões sobre a sustentabilidade ambiental e ao desenvolvimento local, tentando articular, ao mesmo tempo, conhecimentos e experiências de maneira interdisciplinar (SAQUET, 2007, p. 15).

Segundo a percepção de Haesbaert (1995, p. 60) “o território deve ser visto não apenas na perspectiva de um domínio ou controle politicamente estruturado, mas também de uma apropriação que incorpora uma dimensão simbólica identitária e, podemos assim dizer, afetiva”.

Assim, Haesbaert (1995) identifica em seu estudo as vertentes básicas dessas abordagens:

- a) jurídico-política: majoritária, onde o território é visto como um espaço delimitado e controlado sobre o qual se exerce um determinado poder;
- b) cultural: prioriza uma dimensão simbólica e mais subjetiva; o território é compreendido fundamentalmente como produto da apropriação feita por meio do imaginário e/ou da identidade social sobre o espaço;
- c) econômica: enfatiza a desterritorialização em sua perspectiva material-funcional, como produto espacial do encontro entre classes sociais e da relação capital-trabalho.

Saquet (2004, 2005), cita que as vertentes mencionadas por Haesbaert (jurídica-política, econômica e cultural), são essenciais para realizar interligações nos estudos sobre território. Saquet (2004, 2005) afirma que essas vertentes estão diretamente ligadas à produção do território, pois a apropriação e a produção territorial são processos econômicos, políticos e culturais.

É notável que o conceito de território seja abordado em diversas disciplinas e por vários autores, principalmente por geógrafos (SILVA, 2009). Saquet (2007) em seu estudo destaca a influência de três geógrafos no Brasil: Milton Santos, Rogério Haesbaert e Marcos

Saquet. A presente pesquisa, sem pretensão de negligenciar a importância de outros estudos acerca da categoria território, orientou-se na definição dessa categoria (território usado) na obra de Milton Santos.

De acordo com Santos (1996, p. 15), o território em si não é uma categoria de análise em disciplinas históricas, como a geografia, mas “É o uso do território, e não o território em si mesmo, que faz dele objeto de análise social”.

O autor ressalta que território não é apenas o conjunto dos sistemas naturais e de sistemas de coisas superpostas: o território tem que ser entendido como o território usado. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. Pode-se dizer que o território usado é o chão mais a identidade. Esse processo possibilita o pensamento sobre o território usado como um recorte socioespacial ou como uma unidade espacial. Portanto, ao centralizar a discussão do território acerca dos seus usos, ele pode ser tomado como objeto de análise social (SANTOS, 1996, 2003).

Sendo assim, ao compreendermos que o território não pode ser considerado apenas como um conjunto de formas naturais ou transformadas pelo homem, devemos entendê-lo como território usado, sinônimo de espaço humano e espaço habitado, formado por ações e objetos. Nesse sentido, é possível realizar uma análise sobre o território que vai além das formas geográficas, pois são consideradas diversas características que lhe dão vida. (SANTOS et al., 2007).

O uso do território não expressa apenas ações e nem somente objetos, mas ações e objetos como sistema. Ao longo do tempo, os objetos naturais vão sendo substituídos por objetos técnicos: hidrelétrica, fábrica, cidades, entre outros. É no sistema de objeto (espaço-materializado) que as ações dos sujeitos se instalam. As ações resultam de necessidades naturais ou criadas. Essas necessidades são: materiais, imateriais, econômicas, sociais, culturais, morais e afetivas. Por um lado, a forma como se dão as ações é condicionada aos sistemas de objetos, no entanto, os sistemas de ações quando realizadas através de formas sociais, conduzem à criação e ao uso de objetos. Portanto, os sistemas de objetos e os sistemas de ação interagem e formam as configurações territoriais (SANTOS, 2006).

Milton Santos foi um estudioso brasileiro que ousou aprimorar o conceito de território, e desenvolveu considerações fundamentais para compreensão do território, reconhecidas mundialmente (SILVA, 2009). Durante sua trajetória, Milton Santos apresenta várias análises acerca do conceito de território. De acordo com Santos (1996), é necessário que haja um

movimento na geografia, inserindo novos conceitos, e dando a ela novas características e novos significados aos conceitos, como aconteceu com o conceito de território.

Em seu estudo, Silva (2009) elaborou um quadro com a finalidade de mostrar algumas das principais considerações sobre o conceito de território, desenvolvidas por Milton Santos.

Quadro 3 – Síntese da abordagem de território

OBRA (Milton Santos)	ABORDAGEM DE TERRITÓRIO
Por uma Geografia Nova	Dotado de intencionalidade específica, possui funções produtivas e espaços de nação, determinado e limitado. Apresenta dados fixos, resultados da ação do homem e seu trabalho
Espaço e sociedade (1979)	Local que acolhe funções, crescendo quantitativamente através das novas ações que nele incidiram e continua incidindo sobre os demais. Apresenta-se como palco de proliferação do capital, espaço apropriado pela mais-valia local, através da divisão social do trabalho.
Pensando o espaço do homem (1982)	Corresponde ao Estado-nação e aparece de forma subjacente. O espaço transformado, através de seu uso e consumo, nos remete a compreensão de território. Os fixos são um resultado direto ou indireto das ações e atravessam ou se instalam nos fixos, modificando a sua significação e o seu valor, ao mesmo tempo em que, também se modificam.
Espaço e método (1985)	Aparece como palco, onde se realizam as atividades dos grupos sociais; recorte espacial. Território formado por frações funcionais diversas (e articuladas), onde se realizam as atividades criadas a partir da herança cultural do povo que o ocupa. Sua funcionalidade depende da demanda de vários níveis, desde o local até o mundial.
Metamorfoses do Espaço habitado (1998)	Conjunto sistêmico de pontos que constitui um campo de forças interdependentes, parcela do espaço com fixos e fluxos; configurações territoriais formadas por elementos naturais e artificiais de uso social. Objetos que são variáveis sobre o território.
O retorno do território (1994)	São formas, objetos e ações. É sinônimo de espaço humano, e habitado, é unidade e totalidade. Possui fluidez, ex. a fluidez virtual, porque essa vem das ações humanas que são cada vez mais informadas e normatizadas. O território também pode ser formado de lugares contíguos e lugares em rede. Seu funcionamento se dá através de horizontalidades e verticalidades.
A natureza do espaço (1996)	O território é visto como um todo, resultante da harmonia forçada entre lugares e agentes neles instalados, organizado através de normas de regulação. Configura-se pelas técnicas, pelos meios de produção, normas e política, pelos objetos, pelo conjunto territorial e pela dialética do próprio espaço.
Brasil: território e sociedade no século XXI (2001)	Uso do território é a noção central. Apresenta-se como produtivo e especializado, transformador diante do meio técnico-científico-informacional; campo de forças; espaço regulado por relações de produção social dada pelas firmas, e por relações de passado e presente, representadas tanto na paisagem quanto na própria estruturação social.

Fonte: SILVA (2009 p. 89)

O pensamento de Milton Santos acerca do território pode contribuir no sentido de estabelecer interfaces entre o território e a saúde (FARIA, 2008), pois ao considerar o uso do território e o seu respectivo perfil, o sistema de saúde pode adequar suas ações, identificando comportamentos patológicos e elaborando políticas que atendam às especificidades de cada área de atuação. Nesse sentido, o território pode ser utilizado como uma ferramenta importante no planejamento de ações, por meio de um diagnóstico espacial, adequação dos serviços e auxílio na prevenção de doenças (SILVA, 2009).

3.2 TERRITÓRIO NO CONTEXTO DA SAÚDE

Segundo Gondim (2011), no sistema de saúde observam-se múltiplos usos do conceito de território. Esse conceito agrega e apresenta novas reflexões nas concepções da política, do sistema e das práticas na saúde coletiva e pública, referentes a questões centrais na relação Estado-sociedade (democracia, as desigualdades e iniquidades em saúde, a participação entre outros). Gondim (2011) apresenta conjuntos enunciativos, onde os sentidos do território foram sendo alterados nas formações discursivas ao longo dos anos. O autor destaca em seu estudo algumas enunciações nas quais estão relacionadas aos sentidos de território na saúde, como podem ser observadas no Quadro 4:

Quadro 4 – Enunciações referentes aos sentidos do território na saúde no Brasil.

(Continua)

Enunciações	Conceito de Território
Primeira Enunciação (1960-1979): Território-dominância.	Estado centralizador, autoritário e coercitivo; desenvolvimentismo econômico; concepção de saúde voltada para o controle de foco da doença; paradigma sanitário mecanicista – o corpo humano comparado a uma máquina que pode ser decomposta em suas partes constitutivas para intervir sobre elas; práticas de saúde centradas na ação médica e no saneamento do meio pautado na versão ‘macia da eugenia’ ⁵⁹ ; sistema de saúde conformado por verticalidades na oferta de atenção – ações curativas individuais desenvolvidas em hospitais e pela previdência social; território da saúde com o sentido de espaço de intervenção política e, nenhuma (inexistência) apropriação pelos atores que o produzem – um espaço opaco onde apenas um ator social realiza seu projeto político, pelo uso da dimensão jurídico política na esfera federal, efetivando a coerção-regulação sobre o corpo social.

Quadro 4 – Enunciações referentes aos sentidos do território na saúde no Brasil.

(Conclusão)	
Enunciações	Conceito de Território
Segunda Enuniação (1980-1987): Território- função	<p>Estado centralizador e autoritário sob forte pressão de movimentos contra-hegemônicos na sociedade e na saúde (MRS), aspirações democráticas; crise econômica e fiscal; concepção de saúde voltada para doentes/doenças e medicalização dos problemas sociais; paradigma sanitário assistencialista; sistema de saúde centrado nas verticalidades na oferta de cuidados de saúde, com introdução de horizontalidades – atenção primária restrita e vigilância; território da saúde com o sentido de espaço organizador de ações e serviços, novos conteúdos – cultural e social -, incorporação de novos atores - os municípios e movimentos de resistência e apropriação por parte da população usuária.</p>
Terceira Enuniação (1988-2001): Território- apropriação	<p>Estado democrático – nova constituição voltada para o cidadão e a cidadania, o direito à cidade e à saúde; globalização econômica e neoliberalismo político; concepção de saúde ampliada – qualidade de vida; paradigma sanitário da produção social da saúde; sistema de saúde universal, descentralizado, hierarquizado e com participação da população; práticas sanitárias com predominância das horizontalidades, desenvolvidas em recortes territoriais (DS) por um conjunto de ações básicas de saúde – PACS, PSF, concepção ampliada de APS e ações de vigilância (epidemiológica, sanitária, ambiental e do trabalhador); foco na municipalização; território da saúde com o sentido de espaço local, de processo, entendimento dos seus usos por meio da análise de situação de saúde e condições de vida das populações, valoração da dimensão, apropriação e resistência em contraposição à dominação-coerção-regulação.</p>
Quarta Enuniação (2002-2006): Território- transformação	<p>Estado democrático provedor, governo dos trabalhadores, radicalização dos espaços de cidadania; início de novo ciclo de crescimento econômico e social – acesso de camadas populares a bens de consumo duráveis, diminuição das desigualdades sociais; concepção de saúde ampliada – promoção de saúde; paradigma sanitário da produção social da saúde; práticas sanitárias articuladas para incidir sobre os determinantes sociais da saúde (causas, riscos e danos), modelo de vigilância da saúde – promoção, proteção, recuperação, intersetoriais e abordagens transdisciplinares, predominância das horizontalidades sob a gestão dos municípios e verticalidades complementares – pontos de referência do sistema; território da saúde com o sentido de espaço relacional em movimento – híbrido, múltiplos poderes e lugares – redes, identidades, territorialidades em permanente transformação – territorialização,(des)territorialização, (re)territorialização -, com predomínio das dimensões político-social e cultural e dos conteúdos de resistência-apropriação.</p>

Fonte: GONDIM (2011, p. 208)

A compreensão sobre a categoria território ao decorrer dos anos se mostra pertinente no setor da saúde. Pois, se de um lado o território pode ser essencial para investigar a apropriação/dominação do espaço e sua relação com a saúde, de outro, é essencial para elaboração de planejamentos com intuito de evitar a produção de doenças, por meio do controle da ocupação de áreas inadequadas e criando uma estrutura ambientalmente saudável, tornar assim mais eficaz a ação da saúde pública, ao instalar equipamentos e serviços que sejam condizentes com as realidades territoriais a que foram destinadas (FARIA, 2008).

Portanto, a utilização da categoria território no campo da saúde, serve para operacionalização de diferentes situações:

- a) distribuição e localização de unidades de saúde no espaço, que serão traduzidas em área de abrangência e acessibilidade a serviços e produtos de saúde;
- b) compreensão e análise do processo saúde-doença, identificando fatores determinantes e condicionantes em suas múltiplas dimensões: sociais, econômicas, políticas, ecológicas e culturais;
- c) identificação e elaboração de diagnósticos da situação de saúde e das condições de vida da população de referência;
- d) identificação das necessidades, situações-problemas e populações específicas para as intervenções em saúde;
- e) localização de riscos à saúde e ao ambiente;
- f) definição da base populacional, e do nível de agregação das variáveis (determinantes e condicionantes) e a escala de observação — base cartográfica, nos estudos epidemiológicos (descritivos e analíticos) e nos epidemiológicos espaciais;
- g) planejamento e alocação de recursos (físicos, financeiros, tecnológicos), incluindo pessoas, compatíveis com as necessidades e os problemas de uma área e população específicas (GONDIM, 2008).

Na saúde são enfrentados diversos problemas relacionados ao território. Sendo que, reconhecer o território, é um dos primeiros obstáculos enfrentados, segundo uma lógica territorial (BARCELLOS; MONKEN, 2007). Os autores apontam os seguintes dados que podem ser usados para a realização de um diagnóstico do território:

Demográficos: referem-se à população, tais como o número de habitantes de uma área ou a distribuição de subgrupos populacionais (por idade ou sexo). Em geral, são utilizados como denominadores no cálculo de taxas (coeficientes). O censo demográfico do IBGE e o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc) são as fontes mais utilizadas na área de saúde.

Ambientais e de condições de vida: referem-se às características do território (por exemplo, o Sistema de Informação sobre Febre Amarela e Dengue – FAD), de domicílios, setores censitários e variáveis sociais (por exemplo, renda, escolaridade) que caracterizam o contexto de vida da população ou de indivíduos (disponibilizados pelo IBGE).

Morbidade: refere-se à ocorrência de doenças e agravos à saúde. A notificação de agravos à saúde é a principal fonte de informação, mas se restringe a algumas doenças transmissíveis (registrados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan). Para o planejamento de ações preventivas e oferta de serviços, podemos utilizar os dados dos Sistemas de Informações Hospitalares (SIH) e Ambulatoriais (SIA) do SUS. Além destes, existem algumas informações em sistemas específicos, como o do Instituto Nacional do Câncer (Inca), de acompanhamento de programas (Programa Nacional de Imunização – PNI, por exemplo).

Mortalidade: refere-se aos óbitos. A declaração de óbito é a principal fonte de informação sobre as causas de morte da população que são registradas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Através do acompanhamento da distribuição

dos óbitos infantis, por exemplo, podemos inferir sobre as condições de vida da população.

Serviços de saúde: são dados que descrevem os recursos de saúde e a produção de serviços: recursos físicos, humanos, financeiros, produção na rede de serviços básicos de saúde e em outras instituições de saúde. Podem ser obtidos através do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS, feita pelo IBGE) ou o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, mantido pelo Ministério da Saúde – MS).

Documentos e registros administrativos: legislação médico-sanitária, referências bibliográficas, sistemas administrativos (BARCELLOS; MONKEN, 2007, p. 230).

Estes dados possibilitam um levantamento das atividades existentes nos territórios, que podem ser utilizados na atenção básica. Essas atividades podem ou não gerar riscos, e o grau dos riscos gerados para determinados grupos sociais, depende dos processos ambientais políticos e sociais existentes no território. Sendo assim, é necessário conhecer os objetos, as ações e os fluxos que ocorrem nesse território (BARCELLOS; MONKEN, 2007). Pois, cada território possui uma determinada área, com uma população e relações de poder. As divisões e subdivisões territoriais representam espaços de poder, sejam de domínio público ou privado com características diversas (administrativas, econômicas, políticas, culturais ou religiosas) (BARCELLOS; MONKEN, 2007).

Ao compreender o território enquanto apropriação social (política, econômica e cultural), ele ganha dinamicidade, pois pode sofrer alterações a partir dos conflitos gerados nas relações sociais (FARIA, 2008). O território é determinado por diferentes funções espaciais ou pelos diferentes usos espaciais. Não é possível entendê-lo se ignoramos as relações existentes no mesmo (SANTOS, 1998).

É necessário entender como funcionam e se articulam as condições econômicas, sociais e culturais, como é o modo de vida da população e a sua relação com o território, sendo que, em cada grupo da população existem diferentes perfis relacionados à situação de saúde (BARCELLOS; MONKEN, 2007). Os indivíduos, famílias e comunidade possuem necessidades e correm riscos, seja em função da idade, sexo ou outras características individuais, ou por sua localização geográfica, por seu nível educacional e também por sua situação econômica. Esses aspectos se expressam em diferentes perfis de problemas de saúde (CASTELLANOS, 1987).

Nesse sentido, é importante a identificação de quando essas diferenças são redutíveis ou evitáveis. Desta forma, podem ser modificadas essas condições tendo em vista a mobilização da comunidade e de ações interinstitucionais. Considerando que os grupos populacionais possuem características comuns, de acordo com espaço que ocupam (BARCELLOS; MONKEN, 2007).

Ao considerar as diversas funções-usos existentes no território, é possível conhecer as escalas territoriais locais (acesso aos serviços, qualidade de vida, moradia, etc.), e a sua relação com os mecanismos territoriais globais (políticas públicas, infraestrutura, economia, etc.). Conseqüentemente, é possível também estabelecer relação com os processos sociais como saúde, educação, renda, etc. Através dessa relação dialética as especificidades de cada território são consideradas, e a relação território e processo saúde-doença podem ser entendidos (FARIA, 2008).

O território de produção social de saúde pode ser formado através de diálogos e pactuações realizadas entre os atores que produzem a vida do lugar. Assim, as intervenções de saúde serão efetivas somente se compreendidas e apropriadas no território por formuladores e usuários: gestores, profissionais de saúde e população. Além de uma extensão geográfica, os territórios apresentam um conjunto de perfis - demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que os caracterizam e se expressam no espaço em permanente transformação (MENDES, 1993; MONKEN; BARCELLOS, 2003).

A organização da vigilância no SUS tem como um de seus princípios, a substituição do enfoque de doença pelo enfoque território-população. Sendo assim, no processo de conhecimento do território é necessário a identificação e o reconhecimento das diferenças internas e das desigualdades socioeconômicas das populações, que estão presentes no território e que participam da construção e reconstrução do mesmo (BARCELLOS; MONKEM, 2007).

Por meio dos temas abordados é possível afirmar que é fundamental a abordagem do conceito de território usado para compreendermos os desdobramentos das políticas públicas no Brasil, entre as quais a implantação do SUS. Diante da promoção da saúde para todos como um dos pressupostos do SUS, não se pode dispensar uma visão dinâmica da sociedade a partir do funcionamento do território usado (ALMEIDA; ALBUQUERQUE, 2005).

Pode-se dizer também que, uma análise territorial pode contribuir no levantamento de informações que permitam que as ações em saúde sejam mais eficazes, gerando diferentes estratégias que atendam as diferentes dimensões do processo de saúde-doença. (TEIXEIRA et al., 1998).

3.3 TERRITÓRIO E O PLANEJAMENTO NA SAÚDE

Atualmente, o território pode ser identificado com novos recortes, classificados como horizontalidades e verticalidades. É chamada de horizontal a situação geográfica local e regional, que possui pontos que se agregam sem descontinuidade, ligados ao desenvolvimento local. É chamada de vertical a situação geográfica que sofre influência de vetores externos ao lugar, e que possui pontos separados uns dos outros, que asseguram o funcionamento global da sociedade e da economia (SANTOS, 2006).

Os sistemas de objetos em uma disposição horizontal compreendem a “estrutura produtiva, as infraestruturas e equipamentos urbanos, as habitações, os “vazios urbanos” e os recursos naturais e ambientais etc.” (DANTAS et al., 1998, p. 101). No caso das disposições verticais, a lógica dominante é a dependência de lugares à distância. Os sistemas de objetos nessas disposições verticais podem ser exemplificados por: “sistema financeiro internacional, a matriz das empresas multinacionais, os centros de produção de conhecimento tecnológicos, os aparelhos do Estado e etc.” (DANTAS et al., 1998, p. 101).

Os sistemas de ações na disposição horizontal expressam e representam espaços de construção de identidades e de interesses. Nesse processo, estabelecem-se relações que fortalecem os vínculos no interior da sociedade civil. Ao analisar os sistemas de ações, do ângulo das verticalidades, são consideradas “as normas, regras e processos de controle, regulação e decisão que, apoiadas em uma racionalidade técnico-burocrática, conduzem ao estranhamento cada vez maior dos sistemas de ações em relação ao lugar” (DANTAS et al., 1998, p. 102).

O território usado como categoria de análise permite não apenas a quebra de uma visão localista, como também a superação das fragmentações setoriais, amplamente produzidas e reproduzidas pelo poder público, que perdem diante dessa fragmentação a visão do funcionamento da totalidade. Dentro de um projeto político que abarque a totalidade da nação brasileira, como pretende o SUS, a incorporação das situações geográficas do território usado se faz cada vez mais necessária (ALMEIDA; ALBUQUERQUE, 2005).

O quadro elaborado por Dantas et al. (1998), busca operacionalizar os conceitos de sistemas de objeto e sistemas de ações, nas disposições horizontais e verticais, com o objetivo de facilitar o planejamento em saúde através de uma compreensão da dimensão espacial. (DANTAS et al., 1998).

Quadro 5 – Sistemas de objetos e sistemas de ações / suas relações na área da saúde.

		DISPOSIÇÃO DO ESPAÇO	
		Horizontalidades	Verticalidades
PRODUÇÃO DO ESPAÇO	Sistema de objetos	Compreendem áreas configuradas de produção, as estruturas físicas dos equipamentos urbanos: saneamento, rede assistencial, estruturas de lazer, abastecimento etc. Inclui serviços locais de saúde e os distritos.	Centro de decisões localizadas à distância; burocracia estatal, organizações financeiras internacionais, centro de decisões das empresas multinacionais, organismos de cooperação internacional bilaterais e multilaterais.
	Sistema de ações	Movimentos sociais, organizações de defesa dos usuários, organizações governamentais, organizações independentes de trabalhadores e empresários.	Regras, normas, instituições, programas de saúde, conselhos de saúde, partidos políticos, corporações profissionais etc.

Fonte: DANTAS et al. (1998, p. 101)

O planejamento vê a ação como resultado de práticas sociais, composta de conteúdo e sentido estratégico. Na conformação dos limites à ação de planejar, a ideia de realidade em movimento e da relação antagônica ou não entre atores sociais, recupera-se através da relação entre o interno e o externo, entre o local e o global, o particular e o geral. Portanto, tomam-se em consideração as relações de forças entre os diversos atores sociais, no sentido da construção de viabilidade para determinadas ações. Neste modo de planejar, um elemento a ser ressaltado é o espaço, visto como um sistema aberto de relações e, em consequência, onde as decisões se dão em um contexto de incertezas (DANTAS et al., 1998).

Na prática de planejamento e gestão dos serviços de atenção primária, o território precisa ser tomado como ponto de partida, mudando-se dessa forma, a racionalidade que o aborda como desencadeamento de ações já postas e planejadas. O território não vem depois do planejamento, mas é o conteúdo primeiro e condição geral para o ato de planejar os serviços, assim os serviços de atenção primária possuem uma circunscrição territorial possível de atuação por uma equipe de saúde da família (FARIA, 2012).

3.4 ABORDAGEM DO TERRITÓRIO NA ESF

Na organização da atenção primária é notável a demarcação de territórios, visando uma regulamentação e o estabelecimento de normas para a atuação das equipes de saúde, que são apontadas em expressões como espaço territorial, área de abrangência da unidade e adscrição de clientela. Ao se definir a área de abrangência de uma unidade de saúde e sua delimitação territorial, procura-se organizar a assistência em um determinado serviço, considerando seus limites demarcados pela sua população adscrita, e pela extensão territorial de atuação da equipe de saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

A equipe da saúde da família trabalha uma população previamente determinada. A adscrição da população envolve um processo de vinculação entre pessoa/famílias e profissionais/equipes de saúde. Esse vínculo permite ao longo do tempo um processo amplo de corresponsabilização pela saúde, pois consiste uma construção de relações dos usuários com os profissionais da saúde. As equipes devem ser responsáveis por no máximo quatro mil pessoas, sendo recomendada uma média de três mil pessoas para cada equipe. É recomendado que ao definir o número de pessoas por equipe deve-se considerar o grau de vulnerabilidade das famílias inseridas no território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2012).

Os profissionais da equipe de saúde devem seguir disposições legais que definem e regulamentam as atribuições de cada profissional. A participação no processo de territorialização e mapeamento da área de responsabilidade da equipe é uma atribuição comum a todos os profissionais da equipe, pois eles precisam identificar grupos, famílias e indivíduos que estão expostos a riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2012).

A área de abrangência, normalmente, compreende um bairro ou uma parte dele, ou ainda um conjunto de bairros e localidades de um município (MONKEN; BARCELLOS, 2007). No âmbito municipal, o diagnóstico territorial e a delimitação de territórios de usos diferenciados, viabilizam a orientação nas decisões espaciais na implementação de equipamentos ou programas de saúde (FARIA, 2011).

A territorialização é um dos pressupostos da organização dos serviços da saúde. No caso da ESF, a territorialização é vista como uma etapa de sua implantação, pois nos seus processos de trabalho são realizadas delimitações de áreas e microáreas.

A territorialização adquire ao menos três sentidos diferentes e complementares:

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; BARCELLOS, 2006, p. 48).

A territorialização na saúde pode ser entendida como um processo de criação de território, assim serão definidos os locais de responsabilidade da unidade de saúde e de atuação dos profissionais da atenção primária. Esse processo de criação de território (territorialização), onde são definidas as áreas de atuação, foi o modo encontrado para realizar o cadastro da população (adscrição de clientela) (FARIA, 2013).

Nesse processo de definição do território de atuação de uma equipe, é relevante considerar os aspectos que dificultam ou facilitam a realização das ações de serviços, assim devem ser considerados aspectos geográficos da área, aspectos sociodemográficos, de transporte da população e aspectos epidemiológicos. Os territórios-áreas normalmente não são homogêneos e apresentam particularidades, sendo que, algumas microáreas demandam maior atenção da equipe. Algumas partes no território possuem características específicas de maiores homogeneidades diferenciadas e termos sociodemográficos, econômicos culturais e também epidemiológicos, que indicam o nível de risco à saúde presente em microárea. São consideradas de risco, quando há uma considerável frequência de eventos de morbimortalidade ou quando são identificados fatores como: baixo nível de escolaridade, concentração de pobreza, entre outros. Ou ainda quando existem riscos ambientais, por exemplo, saneamento inadequado e a presença de lixões (BRASIL, 2011).

O processo de territorialização, onde são definidos os territórios de atuação, deve ser contínuo, considerando os mapas do município, as condições culturais, econômicas e sociais presente na área de abrangência. Porém, para isso, é necessário que a equipe tenha um contato direto com a comunidade, por meio de observações fora dos muros das unidades de saúde. É necessário também um contato direto com a população e para isso a equipe deve dialogar com as pessoas que estão inseridas no território. Portanto, o processo de territorialização deve ser realizado de forma flexível, onde são consideradas as alterações de aspectos locais (BRASIL, 2011).

Após a definição do território de responsabilidade e atuação da equipe da ESF, torna-se possível adotar mecanismos para facilitar o reconhecimento das características da população adscrita, e ao identificar suas necessidades os profissionais da equipe podem realizar ações apropriadas de acordo com a realidade da população. Por meio da definição do território e da população, as equipes têm a possibilidade de criar um vínculo com essa

comunidade e isso permite uma maior aplicação dos atributos da atenção primária (MENDONÇA, 2011).

Faria (2011) aponta uma reflexão sobre o processo de territorialização da saúde, onde se pode concluir que se trata de uma concepção política e pragmática do território, com dimensão padronizada e elementos burocráticos que fragmentam o sistema de atenção à saúde. Essa técnica acaba “criando” territórios políticos para a saúde, e como forma de inscrição espacial impõe os limites de abrangência para os serviços. O seu ponto de partida são os serviços e o número de habitantes.

Nos serviços da APS a incorporação de processos que possam modificar as relações humanas no e com o território apresentam-se insuficientes. A territorialização tem sido restrita a elaboração de mapas que focalizam áreas de responsabilidades dos profissionais da APS, funcionando como uma estratégia organizativa e gerencial do serviço, não abordando a participação comunitária, o compromisso ético-sanitário da equipe com a população, e nem a realização de parcerias visando uma ação corresponsável na promoção de mudança (PESSOA, et al., 2013).

Desta forma, a estratégia de territorialização na saúde, especificamente no contexto da APS, pode reduzir consideravelmente a potência analítica e a eloquência descritiva acerca das várias características da vida das pessoas de um determinado território (SANTOS; RIGOTTO, 2011), pois, ainda que se formulem ou não outras normas de seu uso, o território nacional, ou local, é em si mesmo uma norma. A presença de normas no território, jurídicas ou meramente costumeiras, formais ou informais, faz com que o exercício de uma determinada ação passe a depender da existência de condições locais que garantam eficácia aos respectivos processos (SANTOS, 2006).

Neste contexto, quando se pretende definir qualquer pedaço do território é fundamental compreender a interdependência e a inseparabilidade entre materialidade e o seu uso. É preciso reconhecer o território, considerando as relações entre lugares e agentes que nele se instalam. (SANTOS; SILVEIRA, 2006). A ideia de que estes territórios demarcados são fechados e autônomos é completamente artificial, então os profissionais têm que atuar sobre este território, e ao mesmo tempo reconhecê-lo como participante de um conteúdo social, político e ambiental. Além disso, é necessário lembrar que estes territórios estão ligados por redes em que as pessoas, as informações, energia e materiais circulam cada vez com mais intensidade e velocidade (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

Portanto, a territorialização deve buscar ir além do mapeamento inicial e da delimitação adscrita dos territórios, contemplando em seu processo contínuo as distintas dinâmicas existentes em cada território. Essa é uma proposta que demanda muito mais tempo da equipe, e o envolvimento ativo e dialógico de todos os seus profissionais. Assim, a territorialização pode ser efetuada de uma maneira mais ampla, havendo um esforço de conhecimento do território, que vai muito além do tradicional processo de territorialização que vem sendo implantado na ESF (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

3.5 O TERRITÓRIO E A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESF

Podemos considerar que o enfoque primordial da ESF compreenda a abordagem da família como sujeito aliado à construção das ações de saúde, seja de prevenção, promoção e cura. Nesse cenário, o profissional de saúde precisa conhecer a família nas suas particularidades e circunstâncias de risco em todos os âmbitos, bem como reconhecê-la como uma unidade de cuidado de saúde. Sendo assim, esta abordagem exige uma capacitação profissional para o enfrentamento das diversas necessidades e dificuldades vivenciadas pela comunidade. O profissional precisa estar apto para ingressar no mundo da família (RESTA; MOTTA, 2005).

No processo de trabalho da ESF, é fundamental conhecer o território que constitui a área de abrangência da unidade. Portanto, os profissionais da saúde precisam ir além dos muros da unidade para adquirir conhecimento sobre o território de atuação (MAFRA; CHAVES, 2004). No processo de reconhecimento do território, o primeiro passo se dá por meio da visita ao local, no entanto essa visita deve ser sistematizada e planejada. Nessa interface torna-se possível aprofundar-se nas mais variadas dimensões da realidade de um território (MÔRA et al., 2013).

O processo de reconhecimento do território é importante também, pois muitas vezes os problemas identificados não são doenças ou agravos, objetos típicos da ação no setor saúde, mas problemas ambientais. São diversos e complexos os problemas que podem ser considerados determinantes ou condicionantes de variadas doenças:

Ausência de saneamento; sociais, como a deficiência da escola, a violência entre os jovens, a falta de emprego e alternativa de renda, a indisponibilidade de áreas de lazer e de acesso à cultura, o transporte insuficiente, as condições inadequadas de

moradia; ou um contexto econômico-cultural de vulnerabilidade, como o consumo excessivo de carboidratos e gorduras (BATISTELLA, 2007, p. 81).

Na saúde, as especificidades existentes no território devem nortear suas ações, para que as práticas sejam adequadas atendendo as singularidades de cada território. Isso garante uma maior aproximação das práticas com a produção social dos problemas de saúde coletiva (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

Nesse contexto, a ESF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, que promova uma relação dos profissionais de saúde mais próximos do seu objeto de trabalho, e assim, ficando mais próximos das pessoas, famílias e comunidades, assumem um compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda população. Os profissionais passam a identificar os fatores de risco, e podem atuar de uma forma adequada. Desta forma, a ESF torna-se estratégia significativa para a mudança do modelo assistencial visando a qualidade de vida da comunidade (ROSA; LABATE, 2005).

Um fator importante a ser considerado é que nem sempre a área adscrita possui uma unidade com uma estrutura capaz de suprir suas demandas existentes, isso acaba exigindo que os profissionais utilizem salas emprestadas de outras instituições. Idealmente, a ESF busca promover uma interação intensa e permanente entre estes atores. Porém, estas relações são dinâmicas e conflituosas. Assim, o primeiro passo para que haja uma mudança na concepção da prática de trabalho nestes territórios, é o reconhecimento das dinâmicas sociais e políticas existentes na área de atuação da ESF. Isso influencia também na busca por parcerias intersetoriais que visam a melhorar as condições de vida e saúde da população (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

A figura abaixo demonstra a presença das entidades (instituições e atores sociais) na área de abrangência das ESF.

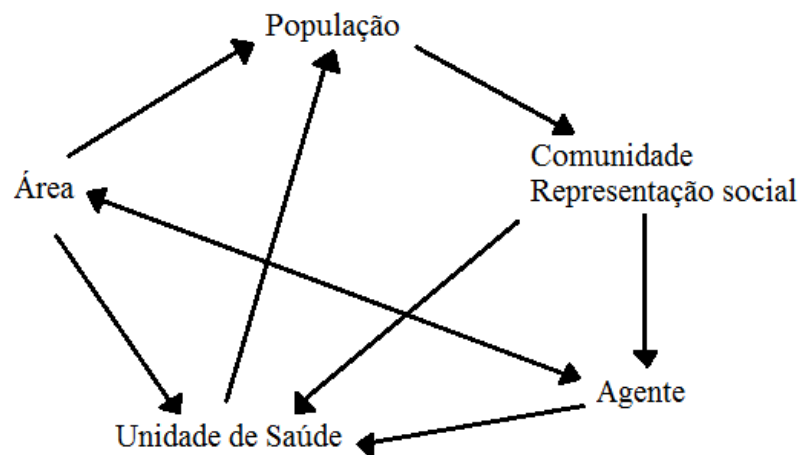


Figura 1 – Relações entre entidades (instituições e atores sociais) atuantes sobre o território do PSF

Fonte: PEREIRA; BARCELLOS (2006, p. 55).

Quando as equipes de Saúde da Família se envolvem com os espaços criados pela comunidade (formais, informais, casuais, circunstanciais) é possível uma melhor compreensão sobre a dinamicidade da vida naquele território, e corresponsabilizar a comunidade nos projetos que são de interesse dela e integrar saberes e práticas em saúde (BRASIL, 2009).

Assim, articulam-se as ações das organizações de saúde com a comunidade, especialmente com as organizações da sociedade civil como: igrejas, clubes, organizações não governamentais, movimentos sociais, etc. (MENDES, 2011).

Esta proposta de uma ação mais participativa gera o conhecimento sobre a forma como as relações acontecem no território de responsabilidade, envolvendo estratégias como a problematização, identificação de recursos, planejamento, sistematização e avaliação de ações criadas pelas pessoas e comunidades que vivem aquela realidade (BRASIL, 2009).

A lógica de organização dos serviços em saúde, a partir de uma configuração territorial, trabalha com o objetivo de melhorar o aproveitamento dos recursos disponíveis no território (DANTAS et al., 1998). Nesse sentido, ressalta-se que pode ser entendida por recurso, toda possibilidade, material ou não, de ação oferecida aos homens (indivíduos, empresas, instituições). Recursos são coisas, naturais ou artificiais, relações compulsórias ou espontâneas, ideias, sentimentos e valores. Assim, a divisão do trabalho pode ser vista, como um processo pelo qual os recursos disponíveis se distribuem social e geograficamente. (SANTOS, 2006).

O objetivo de mobilizar recursos para atender às necessidades das pessoas usuárias, torna-se possível por meio de parcerias entre as organizações de saúde e as organizações comunitárias, para dar apoio e desenvolver programas que ajudem a atender as necessidades das pessoas usuárias. Uma equipe de saúde preparada é aquela que desenvolve suas atividades de forma proativa na interação com as pessoas usuárias, com base em informações significativas, com suporte e recursos necessários para prover uma atenção de alta qualidade (MENDES, 2011).

As parcerias entre instituições e atores sociais seriam os fundamentos da intersetorialidade, possibilitando mudanças no quadro social e epidemiológico local. Neste contexto, é preciso observar como é efetuada a relação entre a ESF e a comunidade; as lideranças comunitárias; as ONGs e outras instituições que possam intervir no local (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

No contexto da delimitação dos territórios e a identificação de suas características, torna-se necessário enxergar o setor da saúde como mais um ator nesta área, e não como o único, com atribuições que ajudam a construir um cenário saudável. Esta construção acontece de maneira mais sólida quando as territorialidades são abordadas e quanto maior for o grau de participação dos atores locais (GODIM et al., 2008).

Na prática de trabalho da ESF diferentes concepções de território são expressas através: a) do modo de compreender a área de trabalho; b) da forma de organização da ESF e; c) da maneira como funcionam os vínculos com a população e o território. Estas diferentes concepções mencionadas podem influenciar de maneira considerável nas ações voltadas para as famílias atendidas, pois influenciam na operacionalização da ESF (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

A ampliação da percepção dos profissionais sobre o território é estratégica a fim de superar os limites da unidade de saúde. Superando as práticas do modelo convencional, gera-se uma (re) construção do vínculo dos profissionais e do sistema de saúde com o lugar de atuação, onde há também uma adequação das ações de saúde, considerando a singularidade de cada contexto sócio-histórico específico. Assim se incorpora, de forma efetiva, o paradigma da promoção da saúde e da participação (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

Geralmente, admite-se que o território representa um limite de poder ou de responsabilidade do governo ou de um setor. Partindo disso, trata-se de divisões político-administrativas, ou somente administrativas, traduzidas em diferentes escalas ou níveis. Muitas vezes, o conceito de território é reduzido e utilizado somente com forma

administrativa para a gestão dos serviços de saúde. Isso negligencia o potencial deste conceito no processo de identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

O conceito de território é complexo, portanto deve ser visto também na perspectiva de libertar o conhecimento local, advindo das necessidades e das realidades locais. “O conhecimento local expresso nas práticas cotidianas e heterogêneas é o conhecimento que contribui na produção de sentidos para uma nova semântica do território e seu viver” (LIMA; YASUI, 2014, p. 604). Na saúde, o conceito de território pode contribuir para a adequação dos serviços de acordo com realidades diferenciadas, possibilitando a participação popular e determinando escalas de ação que contemplem os diferentes perfis territoriais (FARIA, 2012).

Sendo assim, o conhecimento sobre território pode ser considerado uma ferramenta indispensável para executar um trabalho baseado nas potencialidades e dificuldades que podem interferir no processo de trabalho e no planejamento de ações eficazes na ESF (MORÂ et al., 2013). Porém, isso exige um compromisso dos profissionais que precisam desbravar o território fora das unidades de saúde, com o objetivo de conhecer de forma ampla o contexto no qual a família está inserida (RESTA; MOTTA, 2005).

4 METODOLOGIA

O presente estudo tem como objetivo descrever como os profissionais da saúde (médicos e enfermeiros) compreendem e utilizam o território nas ações da Estratégia de Saúde da Família, por meio da realização de uma pesquisa descritiva com uma abordagem qualitativa.

Segundo Gil (2008) as pesquisas descritivas têm primordialmente como objetivo a descrição das características de um objeto específico como população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.

A pesquisa qualitativa tem sido muito utilizada para descrever uma situação social circunscrita (pesquisa descritiva). A pesquisa recorre à amostra, que será mais frequente, de tipo não probabilístico. Esse tipo de amostra não se constitui ao acaso, ela é definida em função de características precisas, onde pesquisador pretende realizar uma análise. (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2012).

4.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Amostragem intencional é um tipo de amostragem não probabilística que consiste na seleção de um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo da população estudada pelas características que possuem (GIL, 1999). Neste tipo de amostra, o pesquisador está interessado na opinião, ação, e intenção de determinados elementos da população (LAKATOS; MARCONI, 2007).

Esse estudo foi realizado com profissionais da ESF. A equipe multiprofissional da ESF deve ter no mínimo:

Médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012, p. 55).

Os profissionais da equipe de atenção primária deveriam conhecer o conceito de território, além de uma forma geográfica, e ter a possibilidade de utilizá-lo nas práticas da

ESF. Porém, os profissionais da equipe da Estratégia de Saúde da Família, que realizam serviços para uma população adscrita de uma micro-área, com uma possibilidade maior de atividades externas à unidade são: médico, enfermeiro e agente comunitário de saúde (GUADAGNIN, 2013).

Na ESF, os médicos e enfermeiros muitas vezes ocupam um papel de coordenação na ESF, e se constituem como referência para os outros profissionais da equipe. Além disso, eles possuem uma amplitude e tempo maior de preparo no cuidado em saúde (RIBEIRO, 2005). Portanto, nesse estudo optou-se por realizar entrevistas somente com médicos e enfermeiros da ESF.

4.2 COLETA DE DADOS

Os pesquisadores qualitativos devem escolher os instrumentos que lhes fornecerão o máximo de informações sobre o tema de pesquisa, considerando a eficácia dos instrumentos, e a rentabilidade, no que se refere ao tempo requerido, ao custo, e à acessibilidade permitida e possível (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2012). Neste estudo, a coleta de dados direcionada aos profissionais da saúde foi realizada por meio de entrevista. A entrevista trata-se de uma técnica de pesquisa para coleta de informações, dados e evidências em que o objetivo básico é buscar entender e compreender o significado que os entrevistados atribuem a questões e situações, em contextos ainda não estruturados anteriormente, com base nas suposições e conjecturas do pesquisador (MARTINS, 2009).

A coleta das informações realizou-se em duas etapas. Na primeira, houve uma notificação anterior, a qual consiste num contato inicial com os integrantes da amostra, esclarecendo-os a respeito dos objetivos da pesquisa e propiciando um ambiente mais cooperativo devido à redução da surpresa e incerteza (MALHOTRA, 2011). Numa segunda fase, conduzidas a partir de um roteiro (APÊNDICE A), foram realizadas entrevistas semiestruturadas.

A entrevista para essa pesquisa foi estruturada em duas partes, de forma que proporcionasse informações que respondam aos objetivos do estudo. Primeiramente, foram formuladas questões que visam conhecer o perfil dos profissionais. A segunda parte é composta por questões referentes à identificação da compreensão e utilização do território.

A coleta de dados ocorreu no período de 02 de outubro a 28 de novembro de 2016. Os dados foram gravados para possibilitar o uso do conteúdo dos depoimentos na íntegra, que foram transcritos pela pesquisadora. Foram realizadas vinte e duas entrevistas (11 médicos / 11 enfermeiras), em dez unidades de saúde da família. Os discursos dos participantes foram identificados por letra e número, como “M 1” “E 1”, corresponde a letra “M” a médicos e a letra “E” a enfermeiras, e o número ao código do entrevistado, que foi atribuído aleatoriamente (APÊNDICE B).

4.3 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em um município localizado no sul/sudoeste de Minas Gerais. Até agosto de 2016, foram implantadas no município 13 equipes de Saúde da Família, com uma proporção de cobertura populacional estimada em 59,96% (44.850 pessoas atendidas) (BRASIL, 2016b).

O município possui as seguintes características demográficas conforme Tabela 1:

Tabela 1 – Características demográficas do município/ censo 2010

População	Urbana		Rural		Mulheres		Homens	
	N	%	N	%	N	%	N	%
73.744	69.176	93,8	4.598	6,2	37.693	51,1	36.081	48,9

Fonte: Adaptado de IBGE (2010)

O município tem um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,761, com uma renda per capita média de R\$ 783,41 em 2010. Nesse mesmo período, a taxa de desemprego foi de 6,56% (18 anos ou mais de idade). No que diz respeito à escolaridade, 92,8 % são alfabetizados (25 anos ou mais de idade) (PNUB; IPEA; FJP, 2013).

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta de dados, foram realizadas análise e interpretação dos dados. Segundo Gil (2008), a análise tem como objetivo a organização dos dados de forma que estes possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação. Já a

interpretação busca encontrar o sentido mais amplo das respostas, o que acontece mediante sua comparação com outros conhecimentos obtidos anteriormente.

A etapa de análise dos dados foi desenvolvida segundo os pressupostos da Análise de Conteúdo de Bardin, a qual constitui um conjunto de técnicas para se estudar a comunicação de maneira objetiva e sistemática. A Análise de Conteúdo permite descrever tendências na conjuntura das comunicações e compreende três etapas fundamentais, a saber, a pré-análise, descrição analítica e a interpretação inferencial (BARDIN, 1977; MARTINS, 2009).

Os autores ainda citam que, a etapa de pré-análise é onde são operacionalizadas e sistematizadas as ideias iniciais de coleta e organização do material, a segunda etapa também chamada de exploração do material consiste na codificação ou enumeração das operações. Nesta etapa, a elaboração de categorias e as análises de frequências são importantes para o desenvolvimento da pesquisa, na terceira etapa de interpretação e inferência, os resultados brutos são tratados de maneira que se tornem válidos e relevantes para a pesquisa (BARDIN, 1977; MARTINS, 2009).

4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Em respeito à Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere à pesquisa com seres humanos, solicitou-se autorização (APÊNDICE C) ao Coordenador de Atenção Básica do município no qual o estudo foi realizado. Este projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa por meio da Plataforma Brasil com o número CAAE 52111215.3.0000.5142, foi aprovado conforme o parecer consubstanciado (ANEXO A). Após a aceitação em participar da pesquisa, os profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 CARATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Neste capítulo, será apresentada a análise dos dados que foram obtidos através da realização de entrevistas, a fim de atingir os objetivos propostos neste estudo. Na primeira parte da pesquisa foram obtidos dados que descrevem o perfil dos profissionais participantes. Em relação ao sexo dos indivíduos entrevistados, verificou-se que 92% (20) são feminino e 9% (2) masculino. Pode-se afirmar também, que a maior parte dos entrevistados tem de 30 a 40 anos, representando 45% do total de respondentes (TABELA 2).

Tabela 2 – Idade dos Entrevistados

Idade dos Entrevistados	Número de Entrevistados	%
25 a 29	7	32
30 a 40	10	45
42 ou mais	5	23
Total	22	100

Fonte: Elaborada pela autora

Apenas três médicos, ao ingressarem nas unidades da Estratégia de Saúde da Família, realizaram um curso introdutório, através do Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB). Oito médicos e todas as enfermeiras afirmaram não ter participado de nenhum curso introdutório.

Os entrevistados foram questionados sobre possíveis cursos de especialização. Notou-se que onze profissionais possuem curso de especialização em Saúde da Família. Dos profissionais que possuem curso de especialização em Saúde da Família, seis são enfermeiras e cinco são médicos.

Por meio da pesquisa, observou-se que existe uma diferenciação referente ao tempo de permanência entre enfermeiras e médicos. Pode-se dizer que a rotatividade dos médicos é maior quando comparada com o tempo de permanência das enfermeiras nas unidades, pois é visível na Tabela 3 que os médicos permanecem em média um ano e dois meses em uma

determinada unidade, já na Tabela 4, nota-se que a média de atuação das enfermeiras em uma determinada unidade é de cinco anos e quatro meses.

Tabela 3 – Tempo de Atuação dos Médicos nas Unidades

Tempo de atuação na unidade	Número de médicos	%	Tempo médio de atuação dos médicos
1 mês até 1 ano	8	73	1 ano e 2 meses
2 a 3 anos	2	18	
4 a 5 anos	1	9	
6 a 10 anos	0	0	
10 anos ou mais	0	0	

Fonte: Elaborada pela autora

Tabela 4 – Tempo de Atuação das Enfermeiras nas Unidades

Tempo de atuação na unidade	Número de enfermeiras	%	Tempo médio de atuação das enfermeiras
1 mês até 1 ano	8	73	5 anos e 4 meses
2 a 3 anos	2	18	
4 a 5 anos	1	9	
6 a 10 anos	0	0	
10 anos ou mais	0	0	

Fonte: Elaborada pela autora

5.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE

Após a transcrição das entrevistas, os discursos foram analisados. A partir disso, estabeleceram-se unidades de registro que continham um significado relacionado ao objeto de estudo. Assim, foi possível identificar nas respostas dos entrevistados (APÊNDICE B) as seguintes categorias e subcategorias:

Tema: Percepção de médicos e enfermeiras sobre o território no contexto da Estratégia de Saúde da Família.

Categoria 1: “Definindo o conceito de território”

- ✓ Subcategoria A: “Área geográfica delimitada de atuação”
- ✓ Subcategoria B: “Território além das formas geográficas”

Categoria 2: “Caracterização do Território”

- ✓ Subcategoria A: “Compreensão do território vinculada ao perfil da população”
- ✓ Subcategoria B: “Território vinculado às condições de saneamento básico”
- ✓ Subcategoria C: “Riscos à saúde e problemas sociais”
- ✓ Subcategoria D: “Dimensões geográficas e acessibilidade”

Tema: Utilização do território na realização de atividades extramuros da Estratégia de Saúde da Família.

Categoria 3: “Atividades extramuros na Estratégia de Saúde da Família”

- ✓ Subcategoria A: “Pontos do território utilizados nas atividades extramuros”
- ✓ Subcategoria B: “Tipos de atividades extramuros realizadas por médicos e enfermeiras”

5.3 PERCEPÇÃO E A UTILIZAÇÃO DO TERRITÓRIO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

5.3.1 Categoria 1: Definindo o conceito de território

Na presente pesquisa, a análise dos dados foi baseada no estudo apresentado pelo autor Milton Santos. Segundo Santos et al. (2007), o território não pode ser considerado apenas como um conjunto de formas naturais ou transformadas pelo homem, pois ele é composto de objetos e ações.

Essa ideia é reforçada por outros autores como Godim et al. (2008) e Mendes (1993). Godim et al. (2008) afirma que, quando se busca aperfeiçoar a ação institucional do setor da saúde, torna-se necessário reconhecer nos territórios algo a mais do que a sua delimitação. “Não faz sentido pensar no território como mera delimitação de uma área, é preciso reconhecer processos e territorialidades que muitas vezes transgridem limites impostos por atores determinados.” (GODIM, et al., 2008, p. 17). Mendes (1993) aponta duas conceituações de território. Primeiramente, o território solo como um espaço físico completo e acabado, por meio de critérios geopolíticos. A segunda concepção se remete a ideia de território processo, que além de solo possui fatores econômicos, políticos, culturais e epidemiológicos. Nessa concepção, considera-se que o território é construído e reconstruído constantemente, sofrendo interferências contínuas e dinâmicas dos atores presentes no mesmo.

Subcategoria A: “Área geográfica delimitada de atuação”

Ao realizar uma análise das entrevistas, são perceptíveis algumas colocações que conceituam o território apenas como uma delimitação geográfica, onde os profissionais vão realizar suas atividades.

Eu entendo que é a área que a gente vai atuar. [...] Mas, eu vejo mais como uma questão física mesmo. (M2)

Território é... É uma determinada área de abrangência onde a equipe de saúde que está inserida nesse território vai atuar. (M4)

Bom, eu acho que território é a... o espaço físico, né?! Onde o PSF abrange. M8

Território é uma área delimitada. (E2)

O território para mim é uma área [...] uma área delimitada para definir o campo de ação da equipe do PSF. (E10)

No entanto, no caso da Estratégia de Saúde da Família, a abordagem de território precisa ser diferente das abordagens tradicionais da saúde, superando a concepção de delimitação de um espaço geográfico, pois a estratégia tem o território como elemento central e estruturante do processo de trabalho das equipes (GUADAGNIN, 2013).

Subcategoria B: “Território além das formas geográficas”

O território é considerado como processo e espaço geográfico, no qual a população vive influenciada por questões diversas (GUADAGNIN, 2013). Os relatos abaixo exemplificam estas questões:

Território é a área de abrangência, é toda aquela área envolvida, aquela [...] incluindo tanto paciente como os... os locais que estão dentro daquela área definida. (M5)

Eu entendo território com a área que a gente vai abranger tanto a população, as casas todas a... tudo que envolve a área. (M6)

O território é o que abrange o PSF, desde escola, comunidade, comércio... Problemas da região [...] abrange tudo... Comércio, escolas, quadra, áreas de lazer, casas, terreno baldio... Tudo que tá dentro dessa área especificada. (M7)

É... eu entendo com sendo a minha área de abrangência, toda a minha, a população. (E3)

Seria a delimitação mesmo da nossa área de abrangência [...] é a população. (E4)

Território é onde que a gente faz análise de toda nossa população [...]. Tudo que tem na área de abrangência. (E7)

Nas entrevistas realizadas apenas seis (M5, M6, M7, E3, E4 e E7) dos profissionais apresentam um olhar mais amplo sobre o território, que inclui população, casas, escolas, entre outros.

5.3.2 Categoria 2: Caracterização do território

Na Estratégia de Saúde da Família, o processo de territorialização consiste na compreensão do território, considerando suas características, como os dados geográficos, sócio demográficos, epidemiológicos, fatores de risco e proteção (GUADAGNIN, 2013). Portanto, é preciso identificar no território os fatores determinantes e condicionantes em múltiplas dimensões (social, econômica política, ecológica e cultural), que interferem no processo saúde/doença da população atendida (GONDIM et al., 2008).

Ao tratar da produção de doenças por meio de um olhar geográfico, é importante estabelecer a sua relação com a organização sócio-espacial. Essa organização se traduz em práticas políticas, econômicas, históricas e culturais, que são responsáveis pelo ordenamento do território. Neste sentido, a investigação do perfil territorial permite que a saúde pública faça inferências sobre a produção de doença e, ao mesmo tempo, pode propor práticas de planejamentos mais eficazes (FARIA, 2008).

Através da compreensão do território, é possível realizar uma análise sobre o impacto das ações da Estratégia de Saúde da Família nos diversos níveis de saúde da população, e o planejamento pode ser baseado a partir do cenário real de vida da população (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

Ao considerar que ESF tem seu processo de trabalho fortemente pautado na compreensão de território, os entrevistados foram questionados sobre como eles caracterizam o território em que atuam. Diversos olhares sobre o território foram relatados nas entrevistas, abordados em menor e maior profundidade pelos profissionais das unidade de saúde da família.

Subcategoria A: “Compreensão do território vinculada ao perfil da população”

As ações ocorridas nos territórios geram repercussões diferentes em cada um deles. Considerando que, “cada fato é percebido com maior ou menor intensidade de acordo com a organização de cada população que habita e produz cada um desses lugares.” (Gondim et al., 2008, p. 1).

Cada população possui características diversas (estruturais, históricas e culturais). A dinâmica da população e as relações sociais e econômicas interferem no processo de produção da saúde/doença. Portanto, trabalhar com uma população adscrita em um determinado território não é simplesmente delimitar uma área de atuação, é necessário conhecer o território, identificando as especificidades da população atendida (GONDIM et al, 2008; PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Neste estudo, ao caracterizarem o território em que atuam, os profissionais entrevistados ressaltam o perfil da população, citando renda, escolaridade, idade, etc.

Aqui o pessoal é bem heterogêneo, nós temos pessoas com o poder aquisitivo grande, e outras com o poder aquisitivo bem baixo. Até mesmo a escolaridade é bem diversa. (M2)

É um território... seria a população, é uma população de baixa renda, uma população com alto nível de desemprego [...] é...muita criança, muita gestante.(M4)

Aqui a nossa área é... uma área grande, uma área pobre e muito carente, carente de medicação, carente de cuidado, carente de falta de alimentação. (M11)

A maioria da população trabalha [...] é médio... não é muito pobre não, é mais no final do residencial Oliveira umas três ou quatro ruas que a população é mais carente. (E11)

Segundo Guadagnin (2013), esse tipo de caracterização articula a compreensão sobre uma delimitação geográfica do território com características da população, onde os

profissionais da saúde da família trazem características geográficas, mas também ampliam o olhar sobre o território, acrescentando características da população que irão interferir na forma de ocupação do mesmo.

Subcategoria B: “Território vinculado às condições de saneamento básico”

No presente estudo, uma pequena parte dos profissionais entrevistados (M3, E1 e E2) traz a compreensão do território, associando-o com suas características de saneamento básico (tratamento de água e esgoto, e condições higiênicas das ruas).

[...] tem áreas de um bairro novo que são casas é... Relativamente novas com boas condições sanitárias [...], e também tem áreas [...] com más condições sanitárias. (M3)

[...] São casas sem saneamento básico, algumas ainda tem... Apesar de baixa renda, tem saneamento básico. (E1)

Eu atuo em um PSF tranquilo, temos sistema de esgoto, água tratada [...] as ruas são limpas, todas as ruas pavimentadas. (E2)

Os profissionais da saúde precisam compreender que o processo saúde/doença não está relacionado somente com a ideia hegemônica do determinismo biológico e genético, pois o modo de viver das pessoas e suas interações com o meio ambiente também devem ser considerados nesse processo. (COHEN et al., 2004). Portanto, o processo saúde/doença pode ser decorrente de um conjunto de aspectos, incluindo problemas relacionados com o acesso ao saneamento básico (OLIVEIRA; VARGAS, 2010).

As condições de saneamento básico podem ser tomadas como uma das principais causas territoriais na explicação do surgimento de doenças (FARIA, 2008). No entanto, quando existem boas condições sanitárias, a saúde pública é notavelmente uma das mais beneficiadas, pois as boas condições de saneamento gera a redução de incidências de doenças na população, por meio do controle de vetores, purificação água, higiene entre outras vantagens (BARROS; FEIJÓ, 2005).

Subcategoria C: “Riscos à saúde e problemas sociais”

Quando o campo da saúde entende o território no contexto do desenvolvimento técnico-científico-informacional, a doença passa a ser entendida não somente como resultante

da presença de vírus e bactérias (análise unicausal), mas, como resultado de uma dinâmica social complexa ou de uma dialética sócio-espacial (FARIA, 2008).

A vulnerabilidade e as necessidades de saúde são fatores importantes para a compreensão do processo de atuação das equipes de saúde da família em determinado território. O conceito de vulnerabilidade é baseado na ideia de multicausalidade, e com a concepção de que a forma de vida, o contexto em que se vive, e as relações de cada um, podem interferir no risco de adoecimento (GUADAGNIN, 2013).

Nas entrevistas do presente estudo, os profissionais apontam características do território, associando-o a fatores (doenças, trabalho infantil, tráfico de drogas etc.) que são determinantes e condicionantes no processo saúde-doença.

[...] aqui nós temos é... muita gestação na adolescência, e assim recorrentes... é uma população onde prevalece muito idoso com diabetes e hipertensão, muito usuário de drogas... álcool e drogas no caso e... tem muitos sequelados de AVC, agora a gente está tendo muito paciente oncológico. (E3)

[...] uma área de risco, devido ao tráfico de drogas que aqui é muito presente, também tem muita prostituição infantil... tem trabalho infantil. (M11)

Em algumas entrevistas são relatadas dificuldades de realizar o trabalho diante dos problemas existentes na área de atuação. Isso demonstra a influência das características do território nos serviços de saúde.

[...] tem problema com droga, com muito tráfico de droga aqui na região, então as praças esses locais acabam que são... É acaba que a gente não consegue acessar por conta dessa condição. (M9)

[...] É uma área que tem muita droga, então é um trabalho mais delicado. (E7)

Sendo assim, para realizar as intervenções em saúde, é necessário conhecer as situações-problemas presentes no território (GONDIM et al., 2008). O olhar sobre os riscos à saúde, identificando determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, direciona os serviços da Estratégia de Saúde da Família (GUADAGNIN, 2013).

Subcategoria D: “Dimensões geográficas e acessibilidade”

De acordo com Santos (1998a, p. 81), “cada homem vale pelo lugar onde está: o seu valor como produtor, consumidor, cidadão, depende de sua localização no território”. Neste

sentido, Faria (2008) afirma que, o grau de assistência territorial em saúde é determinado pela capacidade de acesso. A acessibilidade permite que os índices de saúde sejam satisfatórios. Pois, a capacidade de mobilidade espacial possibilita a locomoção da população, com o objetivo de receber serviços de saúde. Sendo assim, as condições de acesso aos bens territoriais da saúde devem ser indagadas.

Dessa forma, o território e suas características podem interferir no acesso à unidade de saúde da família (GUADAGNIN, 2013), pois as barreiras geográficas podem gerar limitações para a implementação das ações da atenção básica (ASSIS; JESUS, 2012).

Esse é um fator relatado nas entrevistas, pois alguns dos profissionais associam a compreensão do território às dimensões geográficas.

[...] abrange três bairros diferentes, que é o Alvorada, o São Paulo, o Recreio... [...] é equidistantes da área, só que agora a gente já está com uma área a mais que é o... a parte dois do São Paulo, tá bem complicado, e é bem distante do PSF [...] isso dificulta o nosso atendimento por que é longe para eles é de difícil acesso. (M4)

[...] E o território acho ele muito montanhoso o que dificulta para esse pessoal que é idoso chegar no PSF, entendeu?... Porque tem muito morro. (M8)

[...] uma das nossas micro-áreas que é o Vila Promessa, ela é muito afastada e tem as barreiras geográficas que são os morros, e a maioria das pessoas não dispõem de um meio próprio de locomoção, então elas não acessam o PSF com facilidade. (M9)

É... o território é uma área plana...é de fácil acesso é...tem algumas particularidades dentro dessa nossa área, por que ela tem um...uma parte que ela é...em declive...então...mas é pequena, mas é de fácil acesso. (E8)

As características geográficas apontadas são relacionadas com a facilidade ou dificuldade de acesso à unidade de saúde da família. É apontada também a delimitação espacial do território. Alguns profissionais citam os bairros e áreas que o compõe.

5.4 UTILIZAÇÃO DO TERRITÓRIO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

5.4.1 Categoria 3: “Atividades extramuros na Estratégia de Saúde da Família”

No setor da saúde é necessário respeitar as territorialidades e compreender que a participação dos atores locais ajuda na construção de ambientes saudáveis. O estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência são tarefas relacionadas ao processo de territorialização da ESF. Portanto, a utilização do território como elemento estruturador das ações, vai além de gerar novas delimitações administrativas (GONDIM et al., 2008; PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

A realização de ações intersetoriais no território é uma das diretrizes da Estratégia de Saúde da Família, que aumenta a possibilidade de resolução de casos complexos. Um elemento importante para analisar o processo de trabalho de uma equipe de saúde da Família é a compreensão de como são desenvolvidas as atividades extramuros. Considerando também que a articulação com outros atores é fundamental para o desenvolvimento das ações extramuros na referida estratégia (GUADAGNIN, 2013).

Subcategoria A: “Pontos do território utilizados nas atividades extramuros”.

Em seus estudos Schimith (2002), Sachimith e Lima (2004), afirmam que o médico da Estratégia de Saúde da Família efetuava um atendimento mais clínico, e a enfermeira desempenhava uma articulação entre diferentes setores da comunidade, organizando campanhas ou atividades definidas pela equipe em parceria com outras instituições.

É notável um contexto semelhante no presente estudo, considerando que as enfermeiras relatam que realizam atividades nas unidades de saúde da família, nos domicílios e nos diferentes pontos do território (escolas, quadras, igrejas entre outros).

Nós utilizamos, além da própria unidade, nós temos uma quadra [...] utilizamos a escola, que é anexa aqui ao PSF, temos uma outra escola que ela é um pouquinho mais para frente. (E2)

As creches e a quadra... Tem as casas que a gente presta atendimento domiciliar também, e ultimamente só a quadra mesmo e a creche. (E4)

Quadra, escolas, creches, igrejas e tem a rádio comunitária. (E7)

Já no caso dos médicos, apenas quatro (M3, M10, M6 e M7) citam que utilizam outras instituições para realizar suas atividades.

Centro de conveniência, quadra poliesportiva e o Colégio Tranquedo Neves. (M3)

Creche [...] a gente utilizou um barracão do bairro que é popular [...] caminhadas pelo bairro. (M10)

Apenas os domicílios. (M6)

Só os domicílios. (M7)

Nesta pesquisa, a maior parte dos médicos entrevistados relata que utiliza somente os domicílios para realizar atividades extramuros.

Subcategoria B: “Tipos de atividades extramuros realizadas por médicos e enfermeiras”

As atividades extramuros apresentam outro fator positivo. Nelas são constituídos espaços para discussões, abordando problemas da unidade, da comunidade e da política local. Isso acaba contribuindo para que a relação da equipe com a comunidade seja mais próxima (REIS et al., 2007). Pois, é no espaço e viver dos usuários/famílias que a Estratégia de Saúde da Família enfrenta desafios para construir vínculos com a população atendida (ALONSO, 2003).

“A denominação “extra” para as atividades externas pode confundi-las com algo de menor importância” (REIS et al., 2007, p. 663). No entanto, essas atividades podem provocar um impacto positivo no processo de saúde e doença da comunidade (REIS et al., 2007). A realização de atividades extramuros, principalmente nos casos em que a população a ser atendida não frequenta a unidade de saúde ou mora distante da unidade, vem se constituindo como uma estratégia eficaz para melhorar o acesso aos serviços de saúde (GUADAGNIN, 2013). Esse é um fato relatado na pesquisa:

[...] agora, por exemplo, em outubro, que foi o outubro rosa, [...] pra abordar as mães que iam buscar seus filhos, porque é um público que não frequenta muito o PSF, porque geralmente a mãe trabalha o dia inteiro [...] então foi muito positivo. (M9)

Os profissionais da ESF podem compreender melhor a realidade da comunidade atendida por meio das ações de promoção à saúde, como visitas em escolas, realização de eventos ou atividades como os grupos de caminhada, entre outras, pois permitem que os profissionais se aproximem da população. Esse tipo de atividade auxilia na reorganização das ações da equipe, uma vez que possibilita uma interação mais próxima com as demandas dos usuários (REIS et al., 2007).

No presente estudo, várias dessas atividades são citadas nas entrevistas - palestras, atividades físicas, campanhas de vacinação, grupos de caminhada, etc. No entanto, a maior

parte dos profissionais que as realizam são enfermeiras. Somente quatro dos médicos promovem esse tipo de ação. Essas atividades são exemplificadas abaixo:

[...] palestra sobre conscientização, sobre o câncer de mama, sobre o câncer de colo, a importância do preventivo. (M9)

[...] agora uma única atividade extra que se faz são os períodos de vacinação. (M10)

[...] nós fazemos trabalhos na creche com os alunos da medicina [...] a gente utiliza o espaço da quadra para fazer as atividades físicas, que é no centro da chapada, que faz parte da nossa área de abrangência, para desenvolver os grupos como, por exemplo, caminhada, alongamento, ginástica. (E4)

[...] A gente faz é... exercícios físicos, palestra, esse mês a gente já fez outubro rosa, que foi a prevenção do câncer de mama, agora nós vamos fazer o novembro azul que de prevenção de câncer no homem. [...] Ah, e assim a gente faz campanha de vacina nas creches, que eu já fui fazer orientações nas creches... tem grupo de nutrição também, tem bastante coisa. (E6)

Devem conter nos mapas de abrangência da unidade de saúde, as características geográficas do território, os recursos sociais (escolas, igrejas, entre outros), e as áreas de risco, pois a partir dessas parcerias e de uma visão mais ampla do território é possível planejar as ações que estejam de acordo com a realidade da população (BRASIL, 2011).

Os entrevistados citam a utilização de recursos sociais para execução de suas atividades. É notável a realização de parcerias pontuais com as instituições existentes no território (M10). Os entrevistados relatam que o espaço é cedido para o desenvolvimento das ações com a comunidade. Em algumas entrevistas, os profissionais citam que além da cessão do espaço são planejadas e realizadas ações conjuntas com as instituições (M9 e E2).

[...] Nos períodos de vacinação a unidade se desloca para a creche, as escolas, igrejas pra fazer o acompanhamento desses pacientes. Mais pra vacinação exatamente, pra fazer outros trabalhos assim de palestras, desenvolvimento é raro. (M10)

[...] a gente bolou uma estratégia que foi muito legal em parceria com a medicina da Unifal até... da liga de oncologia e a gente fez uma palestra pras mães. (M9)

[...] Por exemplo, aqui na escola a gente trabalha dengue, a gente trabalha sobre vacina, piolho. Às vezes as professoras pedem, quando as crianças estão infestadas, pra gente falar sobre piolho. Desenvolve ações sobre tabagismo, e quando têm campanhas, a gente usa a escola para isso. E a quadra aqui, a gente faz atividade física. (E2)

Outro fator relatado nas entrevistas é a dificuldade encontrada para realizar atividades extramuros. No caso de uma médica entrevistada (M5), a carga horária é citada com uma dificuldade, pois ela relata que o tempo é escasso para desenvolver atividades extramuros. Já

em outro caso, a médica (M9) relata que gostaria de desenvolver mais atividades extramuros, porém não tem um espaço adequado para isso.

[...] Então é por falta de tempo mesmo, pela carga horária ser menor, ai não tenho tempo para fazer as atividades extras no PSF. (M5)

[...] A gente é louco pra fazer [...] um grupo de gestante específico pra essa área, só que a gente não tem lugar, seria essa escolinha onde tá desabando que seria uma das opções, mas a gente não tem lugar pra fazer esse grupo lá. (M9)

Nesta pesquisa a maioria dos médicos (sete) e uma enfermeira relatam que realizam visitas domiciliares, porém estes profissionais não citam o desenvolvimento de outras atividades extras no território. Este é um fator demonstrado nos relatos abaixo:

Eu não faço atividades fora do posto de saúde [...] Faço visita domiciliar a cada quinze dias, é a única atividade fora da unidade. (M2)

[...] fora que eu uso é só a visita só, eu faço visita no domicílio [...] eu só uso o consultório e a visitas. (M7)

Não é utilizada outras atividades, além das outras consultas no próprio PSF e as domiciliares. (M11)

[...] eu faço as visitas domiciliares. (E3)

As atividades extramuros são positivas para ESF, seja por meio de visitas e atendimentos domiciliares ou outras ações que promovam a saúde (REIS et al., 2007). Porém, as visitas ou atendimentos domiciliares descaracterizam o enfoque família/comunidade da ESF, quando são baseadas apenas em programas pré-estabelecidos, desconsiderando as manifestações locais dos problemas de saúde (ROSA; LADATE, 2005).

Neste contexto, uma das dificuldades de se alcançar os objetivos da ESF é que suas práticas acabam ficando muito focadas no atendimento individual, por falta de um planejamento que tenha uma olhar mais amplo sobre território e voltado para as famílias e comunidade (GUADAGNIN, 2013).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde pública é profundamente marcada por preocupações espaciais, por meio da utilização do território como espaço de atuação dos profissionais, área de abrangência das unidades de saúde e espaços dos inspetores sanitários. A abordagem do território possui influência nas organizações administrativas da saúde pública desde seus primórdios. Atualmente, no processo de trabalho da equipe de saúde da família é preciso definir a área de atuação, levantando as áreas críticas e as famílias mais expostas aos riscos que podem gerar doenças. Esse processo é realizado por meio do reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população atendida. Neste sentido, o presente estudo buscou contribuir para esse tema ao analisar como o território é compreendido e utilizado por profissionais (médicos e enfermeiras) da atenção primária.

No primeiro momento buscou-se identificar como os profissionais compreendem o conceito de território, e como eles caracterizam o território no qual atuam. A maioria dos entrevistados aponta o território apenas como uma delimitação geográfica na qual vão realizar atividades relacionadas à Estratégia de Saúde da Família. Dos vinte e dois entrevistados, apenas seis possuem uma visão mais ampla sobre o conceito de território, considerando as diversas características que o formam (população, problemas da região, instituições entre outros).

Com relação à caracterização do território em que atuam, os profissionais citaram diversos aspectos e a caracterização do território foi vinculada por alguns profissionais ao perfil da população. Foram citadas questões como renda, escolaridade, idade, entre outras. Uma pequena parte dos profissionais (M3, E1, E2, E5 e E11) citou questões relacionadas às condições de saneamento básico (tratamento de água e esgoto, e condições higiênicas das ruas). No entanto, grande parte dos profissionais (M2, M3, M4, M6, M7, M9, M10, M11, E3, E4, E6, E7, E9, E10 e E11) aponta características do território, associando-o a fatores que apresentam riscos à saúde (trabalho infantil, tráfico de drogas, doenças etc), sendo que, os profissionais ressaltam a dificuldade de atuar em territórios com essas características. Outros profissionais (M4, M6, M8, M9, E8 e E9) também citam e relacionam as características geográficas (área plana; área montanhosa; localização da unidade) com a facilidade ou dificuldade da eficácia dos serviços prestados.

No segundo momento do estudo, buscou-se identificar a utilização do território na realização de atividades extramuros da Estratégia de Saúde da Família. Verificou-se primeiramente quais pontos do território são utilizados nestes tipos de atividades. Foram citados diversos pontos como escolas, creches, quadras, igrejas entre outros. Porém, é notável que a maioria dos entrevistados que utilizam esses pontos é formada por enfermeiras. Somente quatro dos médicos entrevistados relataram que utilizam esses tipos locais. O restante dos médicos utiliza apenas a unidade de saúde e domicílios.

Identificou-se posteriormente, quais tipos de atividades extramuros são realizadas por médicos e enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família. Nas entrevistas, a maior parte dos médicos relata que realiza apenas consultas e visitas domiciliares. Somente uma pequena parte dos médicos relata que além das consultas e visitas domiciliares, realiza atividades extramuros como: palestras, campanhas de vacinação, grupos de caminhada, entre outras. No entanto, praticamente todas as enfermeiras citam que realizam esses tipos de atividades.

Alguns médicos apontam dificuldades para realizarem atividades como as citadas. Eles afirmam que, a carga horária é insuficiente para a realização desses tipos de ações. É citada também a falta de espaços adequados para isso.

Os entrevistados que utilizam os pontos do território para realizarem atividades extramuros, relatam que são cedidos espaços para o desenvolvimento dessas ações na comunidade, portanto, fica notória a formação de parcerias com instituições presentes no território em que atuam. Essas parcerias acontecem de forma pontual em alguns casos, por exemplo, em épocas de vacinação, ou em outros casos, em que além de cederem o espaço, as instituições provêm atividades conjuntas com a equipe de saúde, a fim de atender demandas específicas.

Por meio desta pesquisa, é possível afirmar que a maior parte dos entrevistados possui uma visão simplificada sobre o conceito de território. No entanto, ao caracterizarem o território em que atuam, além das características geográficas são citados outros fatores: características da população, condições de saneamento básico, riscos à saúde e problemas sociais. Pode-se afirmar também que, o território vem sendo utilizado na Estratégia de Saúde da Família, através da realização de atividades extramuros em parceria com instituições presentes na área de atuação dos profissionais. Porém, é notável que a maioria dessas parcerias e atividades é realizada por enfermeiras, sendo que, a maior parte dos médicos realiza somente consultas na própria unidade de saúde e visitas domiciliares.

De modo geral, este estudo permitiu observar como o território vem sendo compreendido e utilizado por médicos e enfermeiros da APS, que atuam nas ESFs de um município do sul/sudoeste de Minas Gerais. A identificação dessas características pode contribuir para que o planejamento de ações futuras da ESF tenha uma abordagem mais ampla sobre o território e sua utilização.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E.; ALBUQUERQUE, M. V. Território usado e lugar na promoção da saúde. In: ENCONTRO DE GEÓGRAFOS DA AMÉRICA LATINA, 10., 2005. São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, 2005.
- ALVARENGA, L. **A prática médica no Programa Saúde da Família e sua contribuição para a mudança do modelo tecnoassistencial em Saúde: limites e possibilidades.** 2005. 106 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-23072006-172401/>>. Acesso em: 05 set. 2016.
- ANDRADE, L. O. M.; BEZZERA, R. C. R.; BARRETO, I. C. H.C. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n 2, p. 327-49, mar./abr. 2005.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 17, n.11, p. 2865-2875, 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>>. Acesso em: 10 out. 2016.
- BARCELLOS, C.; MONKEN, M. Instrumentos para o Diagnóstico Sócio-Sanitário no Programa Saúde da Família. In: BATISTELLA, C. et al. **Território e o processo de saúde-doença.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. cap. 7, p. 230.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, O. N. F.; FEIJÓ, C. C. C. Saneamento Básico: cidades e saúde. In: CARVALHO, M. S. de. (Org.). **Geografia, meio ambiente e saúde em Londrina.** Londrina: Edições Humanidades, 2005. p. 11-30.
- BATISTELLA, C. Instrumentos para o Diagnóstico Sócio-Sanitário no Programa Saúde da Família. In: BATISTELLA, C. et al. **Território e o processo de saúde-doença.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. cap. 7, p. 230.
- BODSTEIN, R. et. al. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p.725-731, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30986.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.
- COHEN, S. C. et al. Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 807-813, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300031>>. Acesso: 10 out. 2016.
- BRASIL . Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e**

Saúde Bucal Unidade Geográfica: Brasil, DF, 2016a. Disponível em :< http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertur.php>. Acesso em: 10 out. 2016.

BRASIL . Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal Unidade Geográfica:** Minicípio – ALFENAS/MG. 2016b. Disponível em:< http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertur.php>. Acesso em: 10 out. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde:** coleção para entender a gestão do SUS. 1. ed. Brasília, DF: CONASS, 2011. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.3.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Caderno de apresentação:** oficinas de planificação da atenção Primária à saúde nos estados. 1. ed. Brasília, DF: CONASS, 2009. Disponível em: < http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/caderno_oficina_aps.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde:** CONASS 25 anos. 1. ed. Brasília, DF: CONASS, 2007. Disponível em: < <http://www.conass.org.br/biblioteca/conass-25-anos>>. Acesso em: 10 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. Conselho Nacional de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília, DF. **Anais Conselho Nacional de Saúde...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio. 1993. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 10 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 95, de janeiro de 2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 29 jan. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 10 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad24.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

CONIL, M. E. Ensaio histórico-conceitual 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, 24. Suplemento, v. 1, p. 7-27, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>>. Acesso em: Out/2016.

DANTAS et. al. Espaço e planejamento em saúde: algumas reflexões. In: NAJAR, A. L.; MARQUES, E. C. (Org.). **Saúde e espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. parte I, p. 93-108. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/wjkcx/pdf/najar-9788575412954.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2015.

DESLAURIERS, J. P.; KÉRISIT, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. cap. 2, p. 154 -160.

FARIA, R. M. **Território urbano e o processo saúde-doença: perfil territorial da saúde no São Geraldo em Pouso Alegre – MG**. 2008. 275 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) –Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2008. Disponível em:<<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000446856>>. Acesso em: 10 out. 2016.

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**, v. 9, n. 16, p. 131 - 147, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/19501>>. Acesso em: 08 set. 2016.

FARIA, R. M. **A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde: perspectivas de adequação aos perfis do território urbano de Pouso Alegre-MG**. 315 f. Tese (Doutorado em Geografia) - Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/19501>>. Acesso em: 15 set. 2015.

FARIA, R. M. de. Gestão da saúde em territórios urbanos: considerações de uma experiência de pesquisa. **RESGATE**, v.19, n. 21, jan./jun. 2011. Disponível em:<<https://scholar.google.com.br/citations?user=q4YVwUgAAAAJ&hl=pt-BR>>. Acesso em: 10 set. 2015.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde**: seletiva ou coordenadora dos cuidados?. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/313051720/Atencao-Primaria-a-Saude>>. Acesso em: 05 out. 2016.

GODIM, G. M. M. et. al. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. de et al. (Org.). **Território, Ambiente e Saúde**, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008. p. 183-203. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/eps-2055>> Acesso em: 05 set. 2016.

GUADAGNIN, E. **O território como elemento constituinte do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família**: relevância e desafios. 2013. 183 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-28022014-142055/.php>>. Acesso em: 05 set. 2016.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização**: do fim dos territórios à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. **Cidades informações sobre municípios brasileiros**. 2016. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=310160&idtema=79&search=minas-gerais|alfenas|censo-demografico-2010:-resultados-do-universo-indicadores-sociais-municipais>>. Acesso em: 05 out. 2016.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2. p. 269-291, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200002>. Acesso em: 10 out. 2016.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n.102, p. 593-606, jul./set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000300593>. Acesso em: 10 set. 2016.

LIMA, E. F. A. et al. Avaliação da estratégia saúde da família na perspectiva dos profissionais de saúde. **Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 275-280, abr./jun. 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/lil-781500>>. Acesso: 05 out. 2016.

MAFRA, M. R.; CHAVES, M. M. N. O processo de territorialização e a atenção à saúde no programa saúde da família. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 6, n. 2, p. 127-133, maio/ago. 2004. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/refased/article/view/8065>> Acesso em: 05 set. 2016.

MALHOTRA, N.; K. **Pesquisa de marketing: foco na decisão**. 3. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2011.

MARIN, J. S. M.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M. Y. A. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. **Texto Contexto Enfermem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 780-8, jul./set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300026>. Acesso em: 15 out. 2016.

MARTINS, G. A. **Metodologia da investigação científica para ciências sócias aplicadas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MELLO, G.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/307/203>>. Acesso em: 15 out. 2016.

MENDES, E. V. **Agora mais do que nunca: uma revisão bibliográfica sobre atenção primária**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009. Disponível em: <<http://apsredes.org/blog/agora-mais-que-nunca-uma-revisao-bibliografica-sobre-a-atencao-primaria-a-saude/>>. Acesso em: 15 out. 2016.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/docman/atencao-a-saude/7980-redes-de-atencao-mendes/file.html>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

MENDONÇA, C. S. Sistema único de saúde: um sistema de saúde orientado pela atenção primária. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. parte I, p. 23-36.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O Território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 177- 224.

MÔRA, L. B. O uso da territorialização para apoio ao planejamento das ações de uma unidade de Saúde da Família. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 2., 2013. **Anais Eletrônicos...** Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <<http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/198.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2013.

NAJAR, A. L.; MARQUES, E. C. (Org). **Saúde e espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/wjkcx/pdf/najar-9788575412954.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração alma-ata**: conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. ALMA-ATA: OMS, 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS),; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Washington, D.C: OPAS, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n-3a26.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Rev.Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v1n1/07.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 2, n. 2, p. 47-55, 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: 20 set. 2016.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/alfenas_mg#renda> Acesso em: 10 out. 2013.

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 Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. esp., p. 109-15, 2005. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000500014> Acesso em: 05 set. 2016.

RIBEIRO, E. M. **Concreticidade do vínculo do/no Programa de Saúde da Família (PSF): desafios de médicos e enfermeiros em uma realidade de implantação do programa**. 2005. 279 f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2005. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/102045>>. Acesso em: 05 set. 2016.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-34 nov./dez. 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>> Acesso em: set. 2016.

SANTOS, L. A.; RIGOTTO, M. R. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 387-406, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981>> Acesso em: 05 set. 2016.

SANTOS, M. et. al. **Território, territórios**: ensaio sobre o ordenamento territorial. 3. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007.

SANTOS, M. O retorno do território. In: SANTOS, M. et al. **Território**: globalização e fragmentação. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1998. cap. 2, p. 80- 82.

SAQUET, M. A. **Abordagens e concepções de Território**. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

SILVESTRE, J. A.; NETO, M. M. C. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, mai./jun. 2003. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-da-pessoa-idosa/artigos-e-teses/abordagem_do_idoso_em_programas_de_saude_da_familia.pdf>. Acesso em: 15 out. 2016.

SOUSA, M. L. B. et al. Estratégia saúde da família: dificuldades para a efetivação da proposta de reorganização do SUS. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5., 2011, Maranhão. **Anais...** Maranhão: UFMA, 2011. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/EIXO_IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL.htm>. Acesso em: 5 out. 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2016.

VIANA, A. L. D.; POZ, M. R. D. A Reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p. 225- 264, 2005. Suplemento. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf> >. Acesso em: Out/2016.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista com Médicos e Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família

Perfil dos Profissionais

Iniciais:

Idade:

Gênero:

Formação Acadêmica:

Tempo de atuação na ESF:

Participou de curso introdutório? Se sim, quando foi e realizado?

Possui treinamento especializado (residência, especialização, cursos de aprendizado continuado, etc.) relacionado às suas atividades executadas na ESF?

Qual? (indique a duração, e qual ano foi realizado)

Entrevista

- 1) Considerando que cada equipe de ESF possui um território adscrito para realizar suas ações, como você define o conceito de território?
- 2) Quais são as principais características do território em que você atua?
- 3) Você utiliza o território de atuação da sua unidade para realizar atividades da ESF? Se sim, quais são essas atividades?
- 4) Quais são os locais do território adscrito que você utiliza para realizar as atividades da ESF?

APÊNDICE B – Entrevistas Realizadas com Médicos e Enfermeiras da ESF.

Entrevistado	1) Considerando que cada equipe de ESF possui um território adscrito para realizar suas ações, como você define o conceito de território?
M1	<i>Território é um local descrito.</i>
M2	<i>Eu entendo que é a área que a gente vai atuar, pensando na promoção da saúde e na prevenção de algumas doenças. Infelizmente, acaba sendo uma coisa bem de endereço. Se um paciente se muda, ele passa para um outro PSF. Mas, eu vejo mais como uma questão física mesmo.</i>
M3	<i>Território é a área delimitada... de abrangência do nosso PSF. Geralmente essa área tem um número de meta de famílias e pacientes, tentando não ultrapassar quatro mil e.... é o que gente tem feito aqui, o nosso está com quase quatro mil só.</i>
M4	<i>Território é... é uma determinada área de abrangência onde a equipe de saúde que está inserida nesse território vai atuar. Então no caso da população recreio nós temos sete mil e quinhentas famílias... é... adscrita no território que abrange três bairros diferentes, que é o Alvorada, o São Paulo, o Recreio, e....equidistantes bem...é equidistantes da área, só que agora a gente já está com uma área... uma área a mais que é o....a parte dois do São Paulo, tá bem complicado, e é bem distante do PSF é mais próximo do Boa Esperança, porém são atendidos aqui e isso dificulta o nosso atendimento por que é longe para eles é difícil acesso, mas é a referência aqui no PSF Recreio.</i>
M5	<i>Território é a área de abrangência é toda aquela área envolvida aquela é...o município que dividi por áreas, o PSF. Então toda aquela área envolvida incluindo tanto paciente como os...os locais que estão dentro daquela área definida.</i>
M6	<i>Eu entendo território com a área que a gente vai abranger, tanto a população, as casas todas a...tudo que envolve a área.</i>
M7	<i>O território é o que abrange o PSF, desde escola, comunidade, comércio... problemas da região, mas isso já num...tipo assim, não é que é definido, mas é um... estipulado já uma certa população. Então, não tem como a gente pegar duas ruas para o lado... mas a gente pega quinze pra baixo...entendeu? Vamos dizer assim, já um estipulado pela prefeitura... eu acho que é quatro mil pessoas e quinhentas famílias...eu não sei ao certo quanto que é, mas isso ai já é pré-estabelecido, abrange tudo... comércio, escolas, quadra, áreas de lazer, casas, terreno baldio...tudo que tá dentro dessa área especificada já.</i>
M8	<i>Bom, eu acho que território é a ...o espaço físico né?! Onde o PSF abrange o cuidado que o PSF abrange.</i>
M9	<i>Território é todo o espaço circunscrito, definido... no caso dessa transgressão ele é dividido em áreas, micro-áreas onde a gente tá atuando ... a equipe tá atuando.</i>
M10	<i>É a área de abrangência que geralmente a unidade atua, nosso território aqui conta com mais ou menos quatro mil e quinhentas pessoas, todas elas são cadastradas de acordo com a presença, mudança ou chegada de uma</i>

	<i>nova família, elas são cadastradas ou descadastradas também, para serem direcionadas a outras unidades. Então, território aqui é nossa área de abrangência, que tá em torno desse número de pessoas, em torno de quatro mil e quinhentas pessoas.</i>
M11	<i>Território pra mim é a área de abrangência que o nosso PSF cuida.</i>
E1	<i>É a área onde que deve ser atendida essa população, esse território onde que abrange essa área onde que vai fornecer todas as informações para os pacientes, dar o tratamento do SUS, fornecer as visitas, as consultas, triagem. Acho que é isso território.</i>
E2	<i>Território é uma área delimitada, ela tem umas características heterogêneas, características próprias nas suas devidas ações, voltadas para a população cadastrada.</i>
E3	<i>É...eu entendo com sendo a minha área de abrangência, toda a minha, a população desse território adscrito, mas dentro dele eu não vou assistir cem por cento, dentro dele eu vou ter o usuário que é considerado noturno, que não é encontrado, então ele não utiliza o PSF...É eu vou ter o pessoal que não quer atendimento em hipótese alguma, ou seja, ele assina até um termo que ele não quer o atendimento, e atualmente a gente não está cadastrando devido o excedente da população, mais de 8 mil usuário, e daí de acordo com a norma da secretaria a gente não está cadastrando no momento porque o plano né... do prefeito, e assim o pedido da população é um novo PSF para poder dividir e todo mundo ser assistido adequadamente.</i>
E4	<i>Seria a delimitação mesmo da nossa área de abrangência, o número de pessoas que a gente atende, é a população.</i>
E5	<i>É a nossa área de abrangência.</i>
E6	<i>Território... território é uma área onde o PSF atende uma delimitada, tem um número de famílias cadastradas é uma delimitação.</i>
E7	<i>Território é onde que a gente faz análise de toda nossa população, desde a...as condições socioeconômicas né?!...Se tem água filtrada, se é casa própria é... como que eu posso dizer?...Se tem escola né?!... Tudo que tem na área de abrangência a gente... inclui na Estratégia de Saúde da Família, né?!...Como prevenção... orientação.</i>
E8	<i>O território é a área de abrangência que o... a equipe da saúde da família trabalha, então esse é o nosso território.</i>
E9	<i>Território é considerado como as nossas micros-áreas, nós temos seis micro áreas, então esse é o nosso território. O conceito onde nós fazemos as nossas atividades... nós fazemos na creche né?!...e o espaço nosso aqui...a creche e a própria unidade básica de saúde, que é o PSF Primavera.</i>
E10	<i>O território para mim é uma área... a área que é...define uma área delimitada para definir o campo de ação da equipe do PSF.</i>
E11	<i>A gente já tem uma população alvo, já são cadastrados. Eu defino território onde a população já tá cadastrada para estar utilizando aqui o PSF</i>
Entrevistado	2) Quais são as principais características do território em que você atua?
M1	<i>Baixa renda.</i>

M2	<i>Aqui o pessoal é bem heterogêneo, nós temos pessoas com o poder aquisitivo grande, e outras com o poder aquisitivo bem baixo. Até mesmo a escolaridade é bem diversa, o nível de entendimento também. Aqui é variável. O nosso foco maior aqui é hipertenso e diabético, mas tem várias outras: a drogadição está muito presente, a prostituição também.</i>
M3	<i>Aqui, da minha área ficou um território assim muito heterogêneo, tem áreas de um bairro novo que são casas é...relativamente novas com boas condições sanitárias, um pessoal com um nível de instrução e poder aquisitivo melhor, e também tem áreas com um nível bem pior, com má condições sanitárias, pessoas com má cuidados, usuários de drogas, então ficou uma área bem heterogênea assim, pela distribuição.</i>
M4	<i>É um território... seria a população, é uma população de baixa renda, uma população com alto nível de desemprego, criminalidade alta... a maior da cidade inclusive, é...muita criança, muita gestante, atualmente nós estamos com quarenta e duas gestantes, e criança de baixo peso nós ainda temos, temos também obesidade, muito paciente usuário de droga, inclusive a gente também atente a APAC que é o...tratamento um ...tratamento específico para álcool e droga, além de... são as pessoas que elas recebem, estão encarceradas mas elas recebem um tratamento especial por bom comportamento, então fica na APAC também, nós também atendemos essa população.</i>
M5	<i>Então, aqui no Pinheirinho a principal característica mesmo é...a baixa renda né?! Um pessoal mais baixa renda com dificuldades de... um nível cultural um pouco mais baixo, dificuldade de acessibilidade com um plano de saúde e tudo mais.</i>
M6	<i>É uma urbana, só predomina a zona urbana é...ela é um território plano e a população predomina mais a população de baixa renda e...com problemas sociais, com um grande predomínio de problemas sociais.</i>
M7	<i>Ah..é um... pelo que eu vejo assim o território é bem carente, a população é bem carente, mas tem tudo... do básico tem tudo, não tem problema assim... tem todos os problemas que existem em todos as outras regiões... de Alfenas mas...tem tudo, entendeu?..Vai muito de características de cada família mas...tem tudo, não sei te dizer assim...o que tem, o que não tem mas... tem de tudo, tem a área carente, tem pessoas de boa situação, tem doenças características do bairro, no caso tem muita dengue, entendeu?!...Tem muito terreno baldio, uma coisa que eu vejo muito, tem muito cão na rua...cachorro na rua.</i>
M8	<i>A população é mais o pessoal aposentado, mas idoso né?! E o território acho ele muito montanhoso o que dificulta para esse pessoal que é idoso chegar no PSF, entendeu?... Porque tem muito morro.</i>
M9	<i>Bom, meu território é um território de condição socioeconômica baixa, acredito que uma das mais precárias no município, ... tudo é muito precário a gente tem até alguns lugares fora aqui, por exemplo tem um espaço, uma creche, que foi interditado porque está pra desabar, então tudo é muito precário,a gente tem poucas opções devido a essa baixa condição socioeconômica. Tem problema com droga, com muito tráfico de droga aqui na região, então as praças esses locais acabam que são ... é acaba que a</i>

	<i>gente não consegue acessar por conta dessa condição ... então isso é uma coisa que dificulta.</i>
M10	<i>A população aqui ela... começando assim pelo nível sociocultural, tem um nível sociocultural bem adequado, pobreza aqui não é comum... drogadição, o nível de drogadição é baixo... a escolaridade, tem uma escolaridade digamos que média, então os pacientes aqui digamos que metade tem ensino fundamental outra metade tem ensino médio, acho que em terços, um terço pode ser fundamental, um terço médio e um terço superior. É uma área predominantemente de idosos, é mais comum pacientes idosos, crianças são poucas crianças, mulheres na fase reprodutiva são poucas também, em números em torno mais ou menos de mil... e é mais isso, minha população gira em torno disso, então o nosso tratamento aqui é mais o preventivo em relação a doenças associadas principalmente a idade, hipertensão, diabetes, cuidados em geral. Então é uma população mais predominantemente idosa.</i>
M11	<i>Aqui a nossa área é uma área grande, uma área pobre e muito carente, carente de medicação, carente de cuidado, carente de falta de alimentação. Também uma área de risco, devido ao tráfico de drogas que aqui é muito presente, também tem muita prostituição infantil, tem trabalho infantil... tem bastante coisa complicada.</i>
E1	<i>Nesse território tem uma população mais de baixa renda, que necessita muito do SUS. Que muitas vezes é difícil para marcar as consultas, eles ficam esperando muito na fila. São casas sem saneamento básico, algumas ainda tem... apesar de baixa renda, tem saneamento básico. Mas são casas que necessitam muito do território aqui do PSF, da Equipe da Saúde da Família mesmo, das ações da Equipe da Saúde da Família.</i>
E2	<i>Eu atuo em um PSF tranquilo, temos sistema de esgoto, água tratada, sistema de transporte legal, as ruas são limpas, todas ruas pavimentadas.</i>
E3	<i>Aqui nós temos é... muita gestação na adolescência, e assim recorrentes... é uma população onde prevalece muito idoso com diabetes e hipertensão, muito usuário de drogas...álcool e drogas no caso e... tem muitos sequelados de AVC, agora a gente está tendo muito paciente oncológico, um pouco de cada situação.</i>
E4	<i>É uma população de classe social baixa, com alto risco de vulnerabilidade, é... grande parte da população tem um meio de vida como tráfico, e grande parte são usuários de drogas ilícitas e de álcool.</i>
E5	<i>É ... ele tem saneamento básico, a população é muito carente tanto financeira quanto na área de saúde.</i>
E6	<i>É muita droga... droga, pelo que eu vi foi isso, mas o poder aquisitivo é mais ou menos bom, é... mas é droga mesmo.</i>
E7	<i>Nosso território é um território de... renda baixa né?! ... É aqui no nosso território muito diabético, muito hipertenso, muito problema com saúde mental. Temos duas escolas ...mas é... uma que é até o quinto ano, e uma que é do quinto ano ao terceiro, mas é...com alunos bem difíceis de lidar uns adolescentes bem rebeldes mesmo. É uma área que tem muita droga, então é um trabalho mais delicado para trabalhar. Temos duas creches que atende nossa área aqui, uma que atende área do pinheirinho mesmo, temos a igreja, as igrejas evangélicas, católicas, temos duas quadras também que a gente</i>

	<i>usa para a nossas...nossos pacientes.</i>
E8	<i>É...o território é uma área plana...é de fácil acesso é...tem algumas particularidades dentro dessa nossa área, por que ela tem um...uma parte que ela é...em declive...então...mas é pequena, mas é de fácil acesso.</i>
E9	<i>Então, no território nosso é muito diversificado né?!...nós temos uma população é... de classe média baixa né?!...e média..de média a baixa. Então, a nossa...esse nosso território é um território é...onde a população tem muitos problemas sociais né também, problemas sociais são até que graves né?!...mas são muito flexíveis eles gostam muito da unidade, eles participam da unidade, de qualquer atividade que nós temos aqui, eles vem procurar nós...da realização das atividades de hiperdia né, que nós fazemos aqui...e tem o diabetes, o hipertenso, os grupos de gestantes eles participam muito. Mas esses nosso território...é um território muito amplo...ele é muito amplo.</i>
E10	<i>As características bom... é uma...é um território que possui mais uma população idosa, possui poucas populações...possui poucas pessoas... famílias com vulnerabilidade social, e é...mais uma área mesmo de paciente idosos, na minha área.</i>
E11	<i>A gente atende todos os tipos desde criança até idoso, o que a gente mais tem aqui é população de hipertensos e diabéticos... saúde mental também tá tendo bastante uma população grande a gente tá tendo e de.....e o que acontece também nas nossas características de território, a maioria da população trabalha, então uma porcentagem bem pequena que usa, a maioria trabalha durante o dia. Tem saneamento... é médio não é muito pobre não, é mais no final do residencial oliveira umas três ou quatro ruas que a população é mais carente.</i>

Entrevistado	3) Você utiliza o território de atuação da sua unidade para realizar atividades da ESF? Se sim, quais são essas atividades?
M1	<i>Sim, faço visitas domiciliar e campanha do “Outubro Rosa”.</i>
M2	<i>Muito pouco. Eu não faço atividades fora do posto de saúde. Infelizmente o máximo que eu faço aqui é mais o matriciamento, que é junto com o pessoal do CAPES, ou então o Hiperdia, nosso grupo de hipertensos e diabéticos. Faço visita domiciliar a cada quinze dias, é a única atividade fora da unidade.</i>
M3	<i>Sim, atualmente o que tem aqui pelo PSF é a Zumba no colégio Tranquedo Neves que faz parte do território, tinha no barracão da igreja São Pedro uma equipe de alongamento, relaxamento e atividade coletiva, só que há alguns meses parou... a igreja não fornece mais o barracão, ai eles passaram pra uma outra área que é um pouco mais distante da nossa equipe, lá próximo ao poliesportivo, mas as pessoas daqui tem o dia em que elas vão até lá pra fazer também atividades coletivas, alongamento, terapia ocupacional, fisioterapia... essas coisas.</i>
M4	<i>Não, apenas visita domiciliar.</i>

M5	<i>Eu particularmente não utilizo, por que aqui no PSF minha carga horária é só de vinte horas, certo? Então é por falta de tempo mesmo, pela carga horária ser menor, ai não tenho tempo para fazer as atividades extras PSF, a única coisa que eu realizo fora do PSF são as visitas domiciliares.</i>
M6	<i>Eu utilizo apenas os domicílios, para visitas domiciliares.</i>
M7	<i>Então aqui no PSF usa...tipo assim, no caso do ambula...ah o consultório tem grupos aqui dentro do PSF mesmo, agora fora é que eu uso é só a visita só, eu faço visita no domicílio, mas agora eu, eu usando quadra, usando é campo, usando parquinho para fazer hiperação ou alguma... vamos falar assim algum convite para a população...pra...pra expor alguma coisa assim não, eu não quem usa mais é a Vanessa que é a fisioterapeuta, e a educadora física, só que não tem quadra fechada aqui, então elas usam aqui dentro do PSF nesse cantinho, igual você viu ali, mas eu só uso o consultório e a visitas.</i>
M8	<i>Sim, fora da aqui só mesmo a visita domiciliar, e tem a atividade acadêmica também, mas como visita domiciliar.</i>
M9	<i>O máximo que a gente consegue, agora por exemplo em outubro, que foi o outubro rosa, a gente utilizou a creche aqui do CAIC pra abordar as mães que iam buscar seus filhos, porque é um público que não frequenta muito o PSF, porque geralmente a mãe trabalha o dia inteiro, horário comercial, o PSF fecha a hora em que ela chega em casa... e acaba que ela não tem tanta informação igual aquele idoso que tá sempre aqui medindo a pressão...aqui a gente consegue abordar essa mãe não. Então, a gente bolou uma estratégia que foi muito legal em parceria com a medicina da Unifal até... da liga de oncologia e a gente fez uma palestra pras mães na creche no momento da busca dos filhos no colégio. Foi muito produtivo estávamos, eu que sou clinico geral, doutora Alen que é oncologista, mais os acadêmicos. Foi feito uma palestra sobre conscientização, sobre o câncer de mama, sobre o câncer de colo, a importância do preventivo, a importância delas tirarem... que cura preventivo, então foi muito positivo. Um grande sonho que a gente tem, é que aqui no PSF a gente tem os grupos de gestantes e é mais que provável e tanto cientificamente, quanto experimentalmente que a gestante que é assistida durante a gestação, além do pré-natal, que participa das atividades, que aprende; ainda mais a gestante que tem déficit de conhecimento ela tem menos complicação, ela cuida melhor do bebê; realmente conhecimento é uma fonte inesgotável de prevenção. Então a gente tem esse serviço aqui, que é o seguinte, uma das nossas micro-áreas que é o Vila Promessa, ela é muito afastada e tem as barreiras geográficas que são os morros e a maioria das pessoas não dispõem de um meio próprio de locomoção; então elas não acessam o PSF com facilidade, então uma coisa que a gente é louco pra fazer, tanto a agente de saúde que é responsável e conversou comigo é a gente fazer um grupo de gestantes específico pra essa área só que a gente não tem lugar, seria essa escolinha onde tá desabando que seria uma das opções, mas a gente não tem lugar pra fazer esse grupo lá, já que Maomé não vem até montanha, a montanha vai até Maomé, a gente tava bolando um jeito de ir até lá pra fornecer as mesmas condições a elas; mas infelizmente a gente não tem lugar.</i>

M10	<i>Não, a única coisa que eu faço extra a unidade são as visitas domiciliares; que a gente vai à casa das pessoas acamadas pra fazer uma abordagem, uma consulta médica mesmo; porque o nosso território aqui ele é um pouco pobre em escola, em igreja, em creche; aqui exatamente no bairro que é descrito boa esperança a gente não conta com a participação de escola; agora uma única atividade extra que se faz são os períodos de vacinação também, nos períodos de vacinação a unidade se desloca para a creche, as escolas, igrejas pra fazer o acompanhamento desses pacientes. Mais pra vacinação exatamente, pra fazer outros trabalhos assim de palestras, desenvolvimento é raro; quando a gente consegue fazer alguma coisa é mais aqui, que no caso são os grupos, o último grupo que a gente trabalhou foi do tabagismo.</i>
M11	<i>Não. Não é utilizada outras atividades, além das outras consultas no próprio PSF e as domiciliares.</i>
E1	<i>Sim, fazendo visitas, vacinas nas creches. Acho que é mais isso.</i>
E2	<i>Nas escolas? Por exemplo, aqui na escola a gente trabalha dengue, a gente trabalha sobre vacina, piolho. Às vezes as professoras pedem, quando as crianças estão infestadas, pra gente falar sobre piolho. Desenvolve ações sobre tabagismo. E quando tem campanhas, a gente usa a escola para isso. E a quadra aqui, a gente faz atividade física. As atividades, tanto do fisioterapeuta quanto do educador físico, são desenvolvidas aqui.</i>
E3	<i>Eu utilizo... o trabalho é desenvolvido dentro dessa área, então assim, no sentido de enfermeira eu faço as visitas domiciliares e...é onde eu vou avaliar um pré-diabético ou uma ferida de difícil cicatrização, a gente assume esses curativos diretamente, é tem um cuidador que eu passo as orientações e depois se necessário vou lá e avalio de tempo em tempo, faço a visita puérpera ou ao recém nascido que estiver, a mãe estiver com alguma dificuldade, a gente avalia isso também, pós alta hospitalar, o agente traz a informação e a gente vai verificar se ele não tem condições, ele traz o problema pra gente acompanhar, isso a gente faz também.</i>
E4	<i>Sim, é nós fazemos trabalhos na creche com os alunos da medicina, esse trabalho muitas vezes ele...ultimamente ele não tem tido uma continuidade assim... todo mês por exemplo, mas sempre quando acontece um problema com a diretora nos solicita a gente vai até a creche, fora isso a gente utiliza o espaço da quadra para fazer as atividades físicas, que é no centro da chapada, que faz parte da nossa área de abrangência, para desenvolver os grupos como por exemplo, caminhada, alongamento, ginástica.</i>
E5	<i>As vezes, são feitas na escola Napoleão Sales que é a única escola da nossa área de abrangência, e realizar palestras</i>
E6	<i>Utilizamos, utilizamos aqui e os... eu não sei como chama, acho que é centro de recreação que tem lá perto do poliesportivo, que é da Unifal, acho que é a Unifal que ajuda, é uma parceria com a prefeitura. A gente faz é... exercícios físicos, palestra, esse mês a gente já fez outubro rosa, que foi a prevenção do câncer de mama, agora nós vamos fazer o novembro azul que de prevenção de câncer no homem, é... a gente faz palestras para diabéticos, gestante aqui na unidade...Ah, e assim a gente faz campanha de</i>

	<i>vacina nas creches, que eu já fui fazer orientações nas creches tem grupo de nutrição também, tem bastante coisa.</i>
E7	<i>Sim, a gente usa, a gente tem uma parceria com o salão da igreja que todas as nossas atividades físicas são realizadas ali, a gente utiliza quadra também, a gente tem uma parceria com as duas creches que chama SEMEI, a gente faz orientação de vacina todo mês, acompanhamento das crianças de desenvolvimento, crescimento todo mês né?!... na escola...na escola aqui da Tereza Paulina que é até quinta, a gente faz também é...palestras sobre temas atuais como dengue, ultimamente a gente ta falando sobre cuidado de higienização, esta tendo muito problema de higienização a gente esta fazendo um trabalho ali com isso. E lá na outra escola que é os maiorzinhos a gente trabalha muito a questão de sexualidade né?! Mas...já é um público mais difícil para a gente conseguir atingir os adolescentes.</i>
E8	<i>Sim, essas atividades é...é junto com o CRAS...é no CRAS a gente trabalha junto com...com a saúde do idoso é...com um curso para gestantes, tem também a creche que é ...a gente...faz é...campanha de vacina, a gente trabalha...toda campanha de vacina, e a gente trabalha na creche também.</i>
E9	<i>Sim, as atividades são os grupos de gestantes é...atividade física é... fisioterapia...pessoal da fisioterapia, grupos de idosos que a gente tem, de hipertenso e diabéticos.</i>
E10	<i>Sim, a gente faz os..o campinho para fazer atividades do hiperdia, utiliza a escola para fazer é o ... a orientações para as crianças, a gente utiliza é...o... as casas das famílias para fazer as oficinas, tem os doutores da alegria, doutores da beleza que a gente faz... oficina de saúde com os idosos, então a gente utiliza bem o território.</i>
E11	<i>A gente utiliza mais é na escola que a gente fez uma atuação... que teve na época da dengue, então a gente utilizou mais a escola, foi um que a gente usou... mas aqui a gente tem a igreja perto a gente não chegou a ir lá...foi só isso. Eu faço visita domiciliar...eu vou no domicílio.</i>

Entrevistado	4) Quais são os locais do território adscrito você utiliza para realizar as atividades da ESF?
M1	<i>Em domicílios e na Casa da Cultura.</i>
M2	<i>Domicílio</i>
M3	<i>Centro de conveniência, quadra poliesportiva e o colégio Tranquedo Neves. E agora a gente tá, a gente montou ali no fundo uma horta comunitária, ai vai ter o espaço pra gente usar ali da horta também, por que tem um terreno muito grande ta tudo limpinho agora, pra fazer alongamento ali mesmo na horta, que tem bastante espaço.</i>
M4	<i>Em domicílios e na Casa da Cultura.</i>
M5	<i>Domicílios</i>
M6	<i>Apenas os domicílios.</i>
M7	<i>Só os domicílios.</i>
M8	<i>Domicílios</i>

M9	<i>A creche a gente utilizou, eu fiz, uma coisa que eu coordenei, foi um projeto do dia das crianças, que a gente utilizou um barracão do bairro que é popular, e no dia das crianças eu fiz uma ação com a equipe que foi um dia das crianças beneficente; junto com esse caráter socioeconômico a gente forneceu comidas pras crianças, a gente conseguiu doação de pular-pula, algodão-doce; e o caráter mais legal foi também de divulgação de saúde, da importância da (-----); a gente fez barraquinhas, onde tinha a barraquinha do dentista ensinando a escovar dente; até uma ação planejada pra esse dia era a checagem de cartão de vacina só que uma semana antes o ministério da saúde fez um mutirão aquele do Zé Gotinha, e acabou que a gente não fez essa coisa mais também tava planejado; então foi uma ação além de beneficente de promoção de saúde da criança, que a gente utilizou também fora do PSF; a gente fez também já caminhadas pelo bairro, a gente tem um grupo aqui de alongamento que funciona super bem, uma gracinha, são super assíduas, e no outubro rosa também em homenagem a outubro a gente fez uma caminhada com elas pelo bairro.</i>
M10	<i>Os domicílios, que eu faço.</i>
M11	<i>Somente os domicílios</i>
E1	<i>São nas residências e nas creches que a gente utiliza esse território aqui para fazer as ações. Nas residências e nas creches, que a gente faz as visitas domiciliar, para fazer curativo, avalia se é hipertenso, diabético, e às vezes para fazer vacinas nas creches nas campanhas de vacinação.</i>
E2	<i>Nós utilizamos, além da própria unidade, nós temos uma quadra, onde fazemos diversas atividades, utilizamos a escola, que é anexa aqui ao PSF, temos uma outra escola que ela é um pouquinho mais para frente, perto do ambulatório Aparecida. Então, nesses locais a gente desenvolve as ações.</i>
E3	<i>Domicílios, eu no papel de enfermeira são os domicílios.</i>
E4	<i>As creches e a quadra, tem as casas que a gente presta atendimento domiciliar também, e ultimamente só a quadra mesmo e a creche. Na creche as vezes a gente faz o trabalho com as crianças e também muitas vezes com a família, ou as vezes as pessoas...funcionários da creche, quando a gente esta em tempo de campanha a gente faz a vacinação na creche, a escola, a gente tem uma escola do lado também, então quando solicita por exemplo, agora que vai começar o período da dengue a gente faz...fez o trabalho na escola com o pessoal a respeito da dengue.</i>
E5	<i>Escola Napoleão Sales.</i>
E6	<i>Creche, centro de recreação e a aqui a unidade, no pátio da unidade.</i>
E7	<i>Quadra, escolas, creches, igrejas e tem a rádio comunitária.</i>
E8	<i>Nas creches e no CRAS, e as vezes vacinação também a gente faz a domicílio, a gente faz no território inteiro, principalmente na vacina do idoso, a gente vai por micro área casa a casa.</i>
E9	<i>Creche...que é o espaço que nós temos na creche na nossa micro área, e temos a própria unidade mesmo que a gente utiliza...as escolas, as escolas que abrange a nossa micro área né?!...a nossa área, e aqui a unidade só que a gente pode estar desenvolvendo as atividades.</i>

E10	<i>O campinho, escola e casas.</i>
E11	<i>Escola e os domicílios</i>

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a), da pesquisa “ **TERRITÓRIO E A SAÚDE: estudo sobre a percepção e utilização do território na Estratégia de Saúde da Família.**”

No caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador (a) principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

TÍTULO DA PESQUISA: “TERRITÓRIO E A SAÚDE: estudo sobre a percepção e utilização do território na Estratégia de Saúde da Família.”

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Maria Regina Martinez

ENDEREÇO: Avenida Celina Ferreira Ottoni, 4000, Varginha - MG, 37048-395

TELEFONE: (35) 3219-8640.

PESQUISADORES PARTICIPANTES: Maria Regina Martinez; Bianca Almerin

OBJETIVOS: Identificar como médicos e enfermeiros compreendem e utilizam o território de abrangência da ESF na sua atuação profissional.

JUSTIFICATIVA: Considerando-se o contexto em que o sistema de saúde brasileiro é baseado no fortalecimento da Atenção Primária, a partir da realização de ações e serviços em unidades de saúde que possuem uma estruturação territorial. A presente proposta de pesquisa visa identificar, como o território é compreendido e utilizado por médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: A presente proposta de pesquisa visa identificar, por meio de um estudo qualitativo com caráter descritivo, por meio de entrevistas, a percepção e utilização do território dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família.

RISCOS E DESCONFORTOS: Os riscos deste estudo referem-se ao possível desconforto em responder as questões oriundas ao estudo, bem como à utilização do tempo dos profissionais para responder aos mesmos.

BENEFÍCIOS: Este estudo poderá contribuir para a ampliação de conhecimentos sobre a temática, bem como, fornecer dados relevantes para os profissionais das unidades da ESFs e para coordenação de atenção básica do município de Alfenas MG.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não haverá nenhum gasto com sua participação e você também não receberá nenhum pagamento.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Será garantido o sigilo, privacidade e confidencialidade de suas respostas. Os dados da pesquisa, não serão divulgados, exceto para fins de publicações científicas, onde não serão mencionados seus dados pessoais.

Assinatura do Pesquisador Responsável:

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pelo pesquisador(a) Bianca Almerin – dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento. Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o CEPUNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Avenida Celina Ferreira Ottoni, 4000 - Padre Vitor, Varginha - MG, 37048-395, Fone: (35) 3219-8640 no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

LOCAL E DATA:

(Nome por extenso)

(Assinatura)

ANEXO A – Parecer Consubstanciado

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: espaços urbanos como produtores de saúde e a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Pesquisador: Bianca Almerin

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52111215.3.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.430.936

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto que utiliza a cartografia para mapear as práticas nas Unidades de Saúde da Família no âmbito do município de Alfenas. Busca investigar um território de produção de saúde, na perspectiva cartográfica, é buscar captar suas dinâmicas, seus movimentos, seus acontecimentos, o que se passa no entre instituição-território, instituído-instituente.

Objetivo da Pesquisa:

A proposta de pesquisa visa identificar, por meio de um estudo qualitativo-quantitativo com caráter descritivo, a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre as Redes de Atenção à Saúde do seu município e a integração de espaços urbanos como possibilidade de territórios produtores de saúde.

* Mapear pontos (pertinentes a Rede Temática de atenção ao diabetes e hipertensão), que podem ser considerados como pertencentes à Rede de Atenção à Saúde no município, a partir da identificação de aparatos urbanos produtores de saúde disponíveis no território.

* Identificar quais desses pontos são identificados e utilizados pelos profissionais das unidades de ESF, como parte da Rede Temática de atenção ao diabetes e hipertensão.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Continuação do Parecer: 1.430.936

* Identificar, segundo a percepção dos profissionais, quais são os fatores que determinam a identificação de um aparato do território como parte da Rede Temática de atenção ao diabetes e hipertensão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco é identificado adequadamente, os benefícios são evidentes pois trabalha com a construção da perspectiva de rede em visão multidimensional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante com importante interação metodológica e disciplinar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presente TCLE e Termo de Anuência da secretaria de saúde.

Recomendações:

não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não há pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado do CEP acata o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_632176.pdf	12/12/2015 14:28:28		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto1.pdf	12/12/2015 14:23:28	Bianca Almerin	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeAceite.PDF	26/11/2015 12:51:56	Bianca Almerin	Aceito
Outros	APENDICEC.pdf	26/11/2015 12:48:35	Bianca Almerin	Aceito
Outros	APENDICEB.pdf	25/11/2015 21:04:27	Bianca Almerin	Aceito
Outros	APENDICEA.pdf	25/11/2015 21:03:51	Bianca Almerin	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BiancaAlmerin.pdf	25/11/2015 21:00:36	Bianca Almerin	Aceito

Continuação do Parecer: 1.430.936

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 01 de Março de 2016

Assinado por:
Celso Ferrarezi Junior
(Coordenador)

ANEXO B – Autorização de Realização de Estudo pela Coordenadoria de Atenção Básica

**TERMO DE ACEITE**

Eu, Joice de S. Augusto, na qualidade de coordenadora da Atenção Básica do município de Alfenas/MG, autorizo a realização do estudo **“REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: espaços urbanos como produtores de saúde e a percepção de gestores”** de autoria de Bianca Almerin, aluna do curso de Mestrado em Gestão Pública e Sociedade da Universidade Federal de Alfenas *campus* Varginha, sob orientação da Prof. Dra Maria Regina Martinez.

Alfenas, 02 de outubro de 2015.



Joice de S. Augusto
Coordenadora da Atenção Básica
Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas/MG