



Territorialização em saúde: Um relato de experiência

Jéssica Oliveira Rodrigues (1)

(1) Enfermeira- Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade- FCM
jessicar.o@hotmail.com

Resumo: O território, pensado numa perspectiva político e operacional do sistema de saúde, que viabiliza experiências de vida diárias e de interação entre as pessoas e os serviços de saúde no nível local do SUS, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral. Definir a territorialização em saúde, precede explicitar a historicidade dos conceitos de território e territorialidade, suas significações e as formas de apropriação no campo da saúde pública e da saúde coletiva. No processo de territorialização é necessário atentar não somente para o espaço geográfico delimitado a ser atendido pela UBS, mas sobretudo sobre o espaço vivo, o território dinâmico, ocupado por pessoas que possuem suas singularidades e necessidades de saúde. O trabalho em saúde não pode ser configurado ou pensado de maneira isolada, uma ação estanque nela mesma. Sob um olhar ampliado do processo saúde-doença, temos a questão social atravessando-o. Neste sentido, as intervenções sociais, de saúde, teriam como alvo populações que estão em situação de vulnerabilidade e maior risco. Assim, esse trabalho objetiva relatar estratégias realizadas para o processo de territorialização em saúde desenvolvidas por residentes multiprofissionais e profissionais de saúde do serviço público da Unidade Básica de Saúde da Família Maria Neide da Silva Souza localizada na cidade de Mossoró-RN.

Palavras-chave: Territorialização, Atenção Básica, Residência Multiprofissional.

INTRODUÇÃO:

O território, pensado numa perspectiva político e operacional do sistema de saúde, que viabiliza experiências de vida diárias e de interação entre as pessoas e os serviços de saúde no nível local do SUS, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral. Esse espaço apresenta, portanto, além de uma espacial, um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção (GONDIM *et al.*, 2008).

Para Queiroz; Egry (1988), compreender a realidade objetiva é perceber que esta existe independentemente e fora da consciência humana, em três dimensões que a conformam: as dimensões estrutural, particular e singular. A dimensão estrutural é aquela formada pelas relações econômicas, sociais e político-ideológicas derivadas dos processos de



desenvolvimento da capacidade produtiva e das relações de produção de uma sociedade em um determinado período histórico.

A dimensão particular é formada pelos processos de reprodução social (produção/consumo) expressos nos perfis epidemiológicos indicativos do processo saúde-doença vivida pelas distintas classes sociais. A dimensão singular é formada pela expressão do processo saúde-doença de cada indivíduo, em sua classe social, e no qual o desgaste físico e psíquico (doenças, agravos, etc.) ocorre em suas especificidades, no entanto, sempre determinados pelo tipo de inserção do sujeito na produção (QUEIROZ; EGRY, 1998).

Assim sendo, ao se buscar definir a territorialização em saúde, precede explicitar a historicidade dos conceitos de território e territorialidade, suas significações e as formas de apropriação no campo da saúde pública e da saúde coletiva. Pretende-se com isso, situar os diferentes usos do termo territorialização (teórico, prático e metodológico) pelo setor saúde, destacando sua importância no cenário atual da reorganização da atenção, da rede de serviços e das práticas sanitárias locais. (GONDIM, 2008; MONKEN, 2001).

Porém, Santos e Silveira (2001) dizem que o território, em si mesmo, não constitui uma categoria de análise ao considerarmos o espaço geográfico como tema das ciências sociais, isto é, como questão histórica. A categoria de análise é o território utilizado. Dessa forma, no processo de territorialização é necessário atentar não somente para o espaço geográfico delimitado a ser atendido pela UBS, mas sobretudo sobre o espaço vivo, o território dinâmico, ocupado por pessoas que possuem suas singularidades e necessidades de saúde. O trabalho em saúde não pode ser configurado ou pensado de maneira isolada, uma ação estanque nela mesma. Sob um olhar ampliado do processo saúde-doença, temos a questão social atravessando-o. Neste sentido, as intervenções sociais, de saúde, teriam como alvo populações que estão em situação de vulnerabilidade e maior risco. (FURLAN, 2008).

Assim, esse trabalho objetiva relatar estratégias realizadas para o processo de territorialização em saúde desenvolvidas por residentes multiprofissionais e profissionais de saúde do serviço público da Unidade Básica de Saúde da Família Maria Neide da Silva Souza localizada na cidade de Mossoró-RN.

METODOLOGIA

Essa pesquisa se caracteriza como um estudo descritivo do tipo relato de experiência, mostrando-se inovador por possibilitar transcorrer sobre situações e casos relevantes que ocorreram durante a implementação de um programa, projeto ou em uma dada situação problema (BIREME, 2012).



Este relato de vivência foi desenvolvido por residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família e Comunidade desenvolvido pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte e a Prefeitura Municipal de Mossoró-RN. Desenvolveu-se estratégias para realização do processo de territorialização em saúde da USF Maria Neide da Silva Souza, a qual se localiza na Zona Norte de Mossoró-RN, abrangendo 6 micro-áreas e configurando-se como campo de residência multiprofissional e médica.

A USF possui equipes de saúde da família e saúde bucal, prestando serviços de saúde 766 famílias que correspondem a 2.620 pessoas. A Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família e Comunidade iniciou suas atividades no ano de 2015 contemplando as categorias profissionais de Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. As equipes multiprofissionais são compostas por todas as categorias e inseridas no serviço público de saúde.

RESULTADO E DISCUSSÕES

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) indica como primeira atribuição dos profissionais da atenção primária “participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades” (BRASIL, 2012). Teixeira et al. (2008) definem territorialização como o reconhecimento e o esquadramento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde.

O início das atividades como residente no território de trabalho deu-se com o ato de aproximar-se da equipe UBS, conhecer os espaços e os colaboradores da instituição, assim como realizar os primeiros contatos com o território e com a comunidade, apresentando a Residência e suas finalidades.

No que se refere as finalidades da Residência, Nunes (2005) diz que, “A RMSF fundamenta-se na interdisciplinaridade como facilitadora da construção do conhecimento ampliado de saúde, em resposta ao desafio de atuar nas coletividades, visualizando as dimensões objetivas e subjetivas dos sujeitos do cuidado. Busca não somente o crescimento profissional dos residentes, mas também promover a transformação do serviço de saúde que os recebe, incentivando a reflexão sobre a prática desenvolvida e as possibilidades e limites para transformá-la (NUNES, 2005).” Fomos apresentados a todos os profissionais colaboradores da UBS e procuramos estreitar os laços inicialmente com os ACS – Agentes Comunitários de Saúde, pois entendemos que eles são os principais elos de conexão da comunidade com toda a equipe formadora da Unidade Básica de Saúde.



De acordo com Nunes et al. (2002), “Os ACS atuam na organização da comunidade, na mediação do contato com o sistema de saúde e na prevenção dos problemas de saúde ou de seu agravamento, especialmente nos chamados grupos de risco. As atividades desenvolvidas pelos ACS os colocam em uma posição fundamental na Política Nacional da Atenção Básica, pois são protagonistas na identificação dos principais problemas que afetam a saúde da comunidade (NUNES et al., 2002).”

Desse modo, nós residentes, tivemos na figura dos ACS's não somente uma forma direta de conexão com as famílias, mas uma interação que possibilitou nessa relação um entendimento amplo sobre o nosso papel como profissional de saúde que busca prevenir agravos e promover saúde.

Os agentes são mobilizadores na comunidade, possuindo respeito e credibilidade na sua área de atuação, sendo assim aliados na nossa construção da identidade do profissional-residente para a população. Inicialmente fizemos visitas na área de abrangência da unidade, aos equipamentos sociais e a famílias no próprio território. Inicia-se assim, a pequenos passos, o processo de territorialização da nossa área de atuação profissional.

Traçamos algumas estratégias para realizarmos o processo de territorialização em conjunto com a equipe: análise dos materiais que se encontravam na unidade como mapas, dados contidos no Cadastro individual do E-SUS e consolidado mensal utilizado como uma sala de situação da equipe.

Como a USF é uma unidade escola, sempre há turmas que fazem o processo de territorialização então observou-se a necessidade de atualizar os dados do território de três microáreas da unidade.

Cada um dos residentes “adotou” um agente comunitário de saúde para colher informações do cadastro do domicílio e cadastro individual do ESUS, como também informações de cada ACS sobre: número de famílias; número de pessoas estratificadas por sexo, idade, grau de instrução, profissão, renda familiar; tipo de casa, acesso a energia, água, despejo de lixo e esgoto; meios de comunicação e transporte; agravos de saúde; conflitos ambientais e sociais; equipamentos sociais; espaços de concentração de grupo; parceiros para o enfrentamento de problemas de saúde; participação política; processos de produção econômica e geração de renda; utilização dos serviços de saúde (público e privado).

Realizamos entrevistas com famílias em todas as micro-áreas indagando sobre: o que eles consideravam precisar para ter saúde; o que achavam sobre a saúde do município; se faziam uso dos serviços da UBS, destacando a periodicidade e o serviço mais utilizado; o



nível de satisfação com o serviço da UBS; se conhecia o SUS e o que significava; se reconhecia o modelo de ESF.

Buscou-se levantar junto com as pessoas que residem na área o resgate da história de construção do conjunto Nova Vida para então compreender que no território temos pessoas, grupos, movimentos, tecido social e vidas. Não se pode desconsiderar que quando olhamos para grupos e coletivos do território precisamos olhar para os sujeitos e suas singularidades, além dos grupos a que pertencem e o território que habitam.

Sujeitos de interesses e desejos que co-habitam espaços de relações de poderes e subjetividades. Sujeito entendido aqui como um ser com uma subjetividade complexa, com variável grau de autonomia, mergulhado num conjunto de relações sociais que influenciam seus desejos, interesses e necessidades (CAMPOS, 2000).

Após o desenvolvimento das estratégias já relatadas, atualizamos o mapa dinâmico para inserirmos as informações coletadas. Reunimo-nos com profissionais da UBS e comunitários para construirmos o mapa.

Nessa atualização de mapa, frisamos a importância de resgatar o conhecimento dos moradores da área adscrita pela UBS sobre o lugar onde moram, assim como a importância de se construir o mapa em conjunto com eles, uma vez que eles próprios são os que mais conhecem e entendem das necessidades de saúde as quais precisam.

Oliveira e Furlan (2008) definem os processos de territorialização como etapa fundamental de “apropriação/conhecimento” do território pelas equipes de trabalhadores na atenção básica, têm se detido a formulação de “mapas” compostos pela sobreposição dos chamados perfis: físico/barreiras/circulação, sócio-econômico, sanitário (diagnóstico de condições de saúde: distribuição de morbi-mortalidade, condições de moradia e de saneamento), demográfico, rede social normativa (listas de equipamentos sociais como escolas, creches, serviços de saúde, instituições religiosas, instituições de apoio social, comércios, etc), perfil das lideranças comunitárias e organizações associativas, cultural, lazer, etc.

Destacam ainda a importância de ressaltar que a formulação desses “mapas” traz consigo potencialidades, podendo se constituir em uma produção importantíssima na aproximação entre equipe e território, dependendo dos modos como é realizada e utilizada. No entanto, há que se reconhecer as dificuldades das equipes de saúde na atenção básica em tornar essa produção algo dinâmica, constantemente atualizada e norteadora geral das intervenções e da avaliação das ações programáticas de saúde (OLIVEIRA E FURLAN, 2008).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Participar do processo de territorialização e conhecer o território, possibilitou momentos enriquecedores para as residentes, uma vez que viabilizou um contato com as pessoas usuárias do serviço de saúde local e propiciou uma aproximação e análise dos modos de vida e saúde-doença da população da Unidade Básica Maria Neide da Silva Souza.

Nessa direção, identificamos como aprendizagens, durante o processo: o conhecimento do processo saúde-doença da população e a colaboração da equipe, especificamente das agentes comunitárias de saúde.

Por fim, vale ressaltar que a territorialização é uma prática de extrema relevância, pois possibilita o reconhecimento do ambiente analisado, da população e da dinâmica sociocultural, econômica e política da comunidade. Portanto, entendemos que esta deve ser utilizada como ferramenta de planejamento para as ações da unidade, visto que o processo de territorialização deve ser contínuo e o território é vivo, dinâmico e passível de frequentes transformações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, G.W.S. Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec. 2000.

FURLAN, P.G. Veredas no território: análise da prática de Agentes Comunitários de Saúde. Campinas, 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, 2008.

GOLDSTEIN, R.A; BARCELLOS, C. Geoprocessamento e Participação Social: ferramentas para a vigilância ambiental em saúde In: Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. Territorialização em saúde. Dicionário Educacional em Saúde, 2001.

GONDIM, G. M. M. *et al.* O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho de *et al.* (Org.). Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 237-255.2008.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. NUNES, E. D. Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 13-38, 2005.

NUNES, M.O; et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saúde Pública. v. 18, n. 6, 2002; pp.1639-1646.

OLIVEIRA, G.N; FURLAN, P.G. Co-produção de projetos coletivos e diferentes “olhares” sobre o território. In: CAMPOS, G.W. Guerrero A.V.P. Org. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, Abrasco; 2008.

QUEIROZ, V. M; EGRY, E Y. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. Revista Brasileira de Enfermagem, 41(1):26-33.1998.



II CONBRACIS
II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde

