



TERRITORIALIZAÇÃO COMO FERRAMENTA DE GERENCIAMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO DE UMA EQUIPE DA ESF

Raul Ícaro Barbosa Soares Lima, Amanda Maria Cavalcante Soares, Joaquim Vítor Bezerra Nobre, Tábata Silva Ramos, Aralinda Nogueira Pinto de Sá.

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba - cienciasmedicas@cienciasmedicas.com.br

A territorialização é necessária para que seja possível obter e analisar informações sobre as condições de vida e de saúde da população, e meio pelo qual se permite compreender os contextos do território em todos os níveis das atividades humanas, sejam elas econômicas, sociais ou culturais; produzindo-se dados mais verídicos e reproduzindo a realidade social, o que é determinante para uma melhor assistência à saúde (GUSSO; LOPES, 2012). Conforme as diretrizes organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações e os serviços de saúde passaram a integrar uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada devido à garantia do acesso integral, universal e gratuito (BRASIL, 2015). Dessa maneira, a territorialização é um dos pontos básicos da Estratégia Saúde da Família (ESF). Cada Unidade de Saúde da Família (USF) tem um espaço delimitado com suas respectivas características, as quais definem o ambiente e influenciam no processo saúde-doença da população, além de atuar na busca de resoluções das necessidades sociais, até mesmo dos grupos de risco. Passo importante para a incorporação de conceitos e práticas da geografia na Saúde da Família, tornando o território um arquivo de atributos da população, e local de responsabilidade e atuação compartilhada da equipe, no que se refere ao planejamento das ações, de acordo com a necessidade da população adscrita (GONDIM; et al, 2015). Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência dos discentes do primeiro período da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB) sobre o processo de territorialização em uma Unidade de Saúde da Família e demonstrar sua importância como ferramenta de gerenciamento do processo de trabalho de uma equipe da Estratégia Saúde da Família. Este trabalho, trata-se de um estudo descritivo e exploratório, do tipo relato de experiência, vivenciada pelos discentes através do módulo de Atenção à Saúde I. Toda a abordagem se deu no território-área de uma USF pertencente ao V Distrito Sanitário, localizada no município de João Pessoa-PB. O estudo teve duração de quatro meses, compreendendo o período de março a maio de 2016. Ao longo desses meses, foram realizadas visitas à área de abrangência da USF. A coleta de dados se deu, majoritariamente, por fontes primárias, visto que foram obtidos através de diálogos ou



entrevistas com os profissionais ligados à USF e moradores da comunidade, além de fontes secundárias, a partir de consultas a bancos de dados e sistemas de informação. A análise se deu com base nos achados teóricos sobre o tema em literatura pertinente, bem como por grupos de discussão com as docentes do módulo. O território é um espaço em contínuo processo de construção e reconstrução e envolve a junção de variadas situações históricas, ambientais e sociais. Diante dessa concepção de território é que se torna possível fazer uma caracterização da população e de seus problemas para, então: identificar a realidade de saúde, agir estrategicamente e avaliar os impactos das ações e dos serviços prestados. Durante a experiência acadêmica em seis visitas realizadas à USF, foi possível conhecer os limites de abrangência do território adscrito; observar as especificidades, os hábitos culturais, os equipamentos sociais e o meio ambiente de cada microárea; bem como, observar as atividades desempenhadas pela equipe multiprofissional, como médico, agente comunitário de saúde (ACS), enfermeiro, odontologista, técnicos de enfermagem e saúde bucal, e gerente da USF. Isso oportunizou a compreensão do processo saúde-doença, relacionando os determinantes e condicionantes com as peculiaridades do território; do manejo da equipe diante do diagnóstico situacional de saúde; e da operacionalização das ações dentro dos anseios da comunidade. O grande desafio em se realizar a territorialização em uma região que apresenta uma grande heterogeneidade, tanto do ponto de vista geográfico quanto social, foi evidente durante a experiência acadêmica. A ocupação populacional do território, em estudo, aconteceu de forma desordenada. Esse evento gerou um cenário bastante complexo e de difícil intervenção em relação aos problemas sociais evidenciados pela discrepância econômica entre a população, e, por conseguinte, trouxeram impactos às necessidades de saúde da população do bairro. Esse fato é comum nas grandes metrópoles, em que o território urbano é estruturado a partir do binômio acumulação/miséria, evidenciado pela polarização de dois extremos: de um lado, a presença de áreas centrais, planejadas e assistidas de infraestrutura; de outro, periferias marginais, dependentes, improvisadas e carentes dos mais diversos bens e serviços de consumo coletivo (SILVA JUNIOR et al., 2010). Diante da diversidade do território adscrito, a subdivisão das microáreas em espaços mais homogêneos permite uma maior resolutividade nas ações coletivas. Dessa maneira, o território-área da USF em estudo possui seis microáreas, sendo três delas consideradas de risco: as microáreas 01, 03 e 04. Essas microáreas de risco estão situadas exatamente na comunidade, conhecida como a “parte baixa” do bairro, e a população é SUS dependente. O que as tornam de risco é a falta de saneamento básico; a má execução da coleta do lixo, gerando transtornos aos habitantes devido o odor fétido, além de configurar-se local ideal para focos do mosquito *Aedes aegypti*; e ainda a





violência, a qual é atribuída, principalmente, à invasão feita em um prédio abandonado nas proximidades da comunidade. A microárea 01 destaca seu risco por apresentar uma violência, cuja incidência é de jovens, que fazem uso de drogas ilícitas, prejudicando as relações sociais nesse microespaço. A microárea 02 caracteriza-se pela predominância de idosos, os quais representam a maior incidência de doenças crônico-degenerativas comuns a essa faixa etária, a exemplo da diabetes mellitus tipo II e hipertensão arterial sistêmica. A população dessa microárea possui constante demanda do serviço, tanto pelo acompanhamento médico, quanto medicamentoso. A microárea 03 requer uma maior vigilância em saúde, por parte da equipe, devido ao aparecimento de doenças endêmicas. Nessa microárea, há falta de saneamento básico adequado, o que propiciou a presença de esgotos a céu aberto; ausência de pavimentação das ruas, situações as quais se tornam críticas em períodos de chuva e geram uma condição de moradia mais precária. A microárea 04 é também considerada de risco por apresentar um dos maiores índices de violência local, motivados pela proximidade de uma área invadida por sem terras, que atualmente não está coberta pela área de atuação da USF. Além disso, suas ruas são todas de barro, sem calçamento adequado, com esgotos a céu aberto, além de gerar diversas queixas com relação a coleta de lixo deficitária. A microárea 05 está, atualmente, descoberta pela USF devido a mudança de unidade do ACS responsável, o que implica em pouco acompanhamento dessa população. Os usuários dessa microárea são economicamente privilegiados, possuem planos de saúde particulares e pouco procuram o serviço público. Uma microárea descoberta pode implicar em pouco ou nenhum acompanhamento de uma parte da população do território-área, assim como a falta de conhecimento dos elementos que a caracterizam. A microárea 06 é a maior, em relação a área de espaço, e apresenta características bem similares a microárea 02, tanto no que diz respeito a faixa etária, como nos problemas de saúde relacionados. É uma microárea com saneamento básico e coleta de lixo adequados, além de condições de moradia compatíveis com um melhor índice de qualidade de vida. Diante das características peculiares de cada microárea, a equipe da USF procura direcionar e planejar suas ofertas de ações à saúde, considerando os princípios da equidade e garantia do acesso à saúde no SUS. No âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), no que tange a territorialização e adscrição de clientela, o grupo pôde elucidar sobre a temática da territorialização e o seu uso no gerenciamento das ações da equipe na ESF. Entendeu-se que os profissionais podem dispor de uma visão sobre o território compreendida sob dois vieses: o primeiro é a apropriação do sentido imediato da tríade (“serviço-oferta-território”) que pode levar a uma mera prática burocrática, condicionada temporalmente e relativamente alheia ao território, que reduz a territorialização à





conveniência do espaço pelo serviço, tendo em vista uma oferta padronizada e regulada pelos recursos (FARIA, 2013); e o outro é que as características ambientais, sociais, econômicas, epidemiológicas e culturais do território são determinantes para compreender como as pessoas adoecem para planejar ações mais resolutivas de caráter individual ou coletivo. Para tal, a percepção de que o território é um espaço de intensa dinamicidade e que se expressa de diferentes maneiras no processo saúde-doença é de fundamental valor. Inclusive o estudo do território proporciona um mapeamento das microáreas com objetivo de tornar a assistência mais eficiente. Sendo que a distribuição de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) deve basear-se mediante uma avaliação da situação de saúde pertinente a microárea, e não apenas elencado pelo número de famílias/pessoas distribuídas em espaço geográfico. Ademais, considerando mediante a visualização das fragilidades da infraestrutura e segurança na comunidade, em algumas microáreas da área adscrita, a equipe deve mapear os equipamentos sociais e a rede de serviços, bem como ações intersetoriais que possam articular ações de saúde e promover melhorias às condições de vida da população. Essas ações intersetoriais são essenciais ao progresso das condições de vida da população, visto que a existência de desordens físicas, tanto no ambiente físico natural quanto no construído pela ação humana, reflete a deterioração do espaço urbano e relacionam-se a piores condições de saúde (SANTOS, 2008). Dessa maneira, foi possível clarificar o uso da territorialização como ferramenta da Estratégia Saúde da Família que pode garantir um acompanhamento adequado das famílias pela equipe multiprofissional da USF, uma vez que esse instrumento auxilia na compreensão das necessidades da população presente no território da Unidade, entendendo principalmente os fatores determinantes e condicionantes dessa área, direcionando a equipe a agir da forma mais adequada para sanar os problemas identificados; bem como agir para intensificar as potencialidades locais, fazendo com que as decisões tomadas ocorram com um maior grau de efetividade e de resolutividade e, assim, sejam fornecidos maiores garantias de proteção e de preservação da saúde aos usuários.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. NOB – 96 - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS [legislação na Internet]. Brasília-DF, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. e-SUS Atenção Básica. Manual do Sistema com coleta de dados simplificada – CDS (versão 2.0). Brasília-DF, 2015.





FARIA, RM. 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. *Hygeia*. v. 9, n. 16, p. 131-147, jun. 2013.

GONDIM, Grácia M. M. et al. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. Editora Artmed, v.1, 2012.

SANTOS, SM. Desigualdades Socioespaciais em Saúde: incorporação de características da vizinhança nos modelos de determinação em saúde. In: Barcelos C, org. *A geografia e o contexto dos problemas de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2008.

SILVA JUNIOR, Evanildo Souza da et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v. 10, supl. 1, p. s49-s60, nov. 2010.

