

A TERRITORIALIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Vanessa Júlia Kluge¹

Ana Cristina Acorsi²

¹ Graduada em Gestão de Recursos Humanos (UNOPAR), Telefonista na Secretaria Municipal de Saúde de São Miguel da Boa Vista/SC, e-mail: nessakluge@hotmail.com.

² Mestre em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais (Unochapecó), Docente dos Cursos da Área de Ciências da Saúde (Unochapecó), e-mail: aetges@unochapeco.edu.br.

Resumo: O presente estudo visa a conceitualização da Territorialização em Saúde e o levantamento de fatores que dificultam o entendimento e conseqüentemente a aplicabilidade da mesma pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, para tanto fez-se necessário uma breve conceitualização histórica da Atenção Básica, da Estratégia de Saúde da Família e da Territorialização em Saúde dentro do Sistema Único de Saúde, tendo em vista que os mesmos estão todos interligados. Este estudo se apresenta como um artigo de revisão narrativa da literatura e aponta como resultados de pesquisa importantes conceitos referentes aos temas e a identificação de dois fatores como resposta ao objetivo geral, a defasagem no processo da Educação em Saúde e a alta rotatividade de profissionais nas equipes. A partir do estudo concluiu-se que a Atenção Básica e conseqüentemente o Sistema Único de Saúde no Brasil depende muito mais da valorização dos profissionais de saúde do que de recursos financeiros, pois independente do cenário onde cada um está inserido o objetivo é o mesmo, “saúde para todos” e somente profissionais bem preparados e amparados podem mudar a realidade e o pragmatismo negativo que existe em relação ao Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Territorialização em Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Atenção Básica; Sistema Único de Saúde.

Abstract: The present study aims at the conceptualization of the Territorialization in Health and the survey of factors that hinder the understanding and consequently the applicability of the same by the professionals of the Family Health Strategy, so it became necessary a brief historical conceptualization of Basic Attention, Strategy Family Health and Territorialization in Health within the Unified Health System, considering that they are all interconnected. This study presents as an article of narrative review of the literature and points out as important research results concepts related to the themes and the identification of two factors as a response to the general objective, the lag in the Health Education process and the high turnover of professionals in the teams. From the study, it was concluded that Primary Care and consequently the Brazilian Unified Health System depends much more on the valuation of health professionals than on financial resources, because regardless of the scenario where each one is inserted the objective is the same, "Health for all" and only well prepared and supported professionals can change the reality and negative pragmatism that exists in relation to the Unified Health System.

Introdução

A criação de um Sistema Único de Saúde no Brasil obrigou o Estado a pensar ferramentas para a efetivação dos objetivos do mesmo, a Lei de criação nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990 estabelece entre suas diversas disposições que é dever do Estado formular e executar políticas que reduzam os riscos de doenças e outros agravos e que se estabeleçam condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde garantindo sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Para De Faria (2013, p.132) “é universal o sistema que atende a todas as necessidades de saúde, de todos os cidadãos, em todo e qualquer lugar equitativamente”.

Para tanto, buscou-se através da territorialização formas para efetivar esse modo de trabalho, onde a mesma possui significados diferentes mas que se complementam entre si, sendo eles, a demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços, reconhecimento desta área, da população e de sua dinâmica social e o estabelecimento de relações horizontais e verticais com os centros de referência e demais serviços (PEREIRA, 2006).

A territorialização adquiriu cada vez mais espaço no processo de efetivação do Sistema Único de Saúde no país estando presente em diversos documentos norteadores do SUS como na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), onde se tem como primeiro

fundamento e diretriz “ter território adstrito sobre o mesmo” garantindo dessa forma o planejamento, a descentralização e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais direcionados as situações que dão condição e determinam o estado de saúde das coletividades que constituem o território, considerando sempre o princípio da equidade (BRASIL, 2012).

Existem diversos conceitos sobre o termo territorialização, mas no que diz respeito à percepção dos gestores e profissionais de saúde quanto ao conceito de territorialização a maioria acredita ser somente uma forma de delimitação de uma área e o cadastro da população pertencente a ela (DE FARIA, 2013).

Neste estudo serão apontados dois fatores que contribuem para esse cenário, a Educação em Saúde e a alta rotatividade dos trabalhadores na área da saúde.

A alta rotatividade é considerada uma consequência relacionada a diversos fenômenos internos e externos. Entre os fenômenos internos estão, política salarial e de benefícios, modo de supervisão, oportunidades de crescimento profissional, cultura organizacional, relacionamento interpessoal, condições físicas de trabalho, moral do pessoal, política de recrutamento e seleção de pessoal, critérios e programas de treinamento de recursos humanos, critérios de avaliação de desempenho, política disciplinar da organização e o grau de flexibilidade das políticas na organização. Entre os fenômenos externos estão, a oferta e a procura de recursos humanos, a oportunidade de emprego e o cenário econômico (MEDEIROS et al., 2008).

A Educação Permanente em Saúde na Estratégia de Saúde da Família é tão importante porque os trabalhadores da ESF trabalham através da apropriação de um território, onde o mesmo sofre interferências diariamente por significativos avanços teóricos, organizacionais, tecnológicos e políticos, ou seja, estão em constante processo de mudança e os saberes dos trabalhadores em saúde necessitam ser aprimorados dia a dia para acompanharem esse processo (XIMENES NETO; SAMPAIO, 2007).

1. Percurso Metodológico

O presente artigo se trata de um estudo de revisão narrativa da literatura. De acordo com (ATALLAH; CASTRO apud SALLUM; GARCIA; SANCHES, 2012, p.150):

Revisões narrativas são publicações amplas apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e ou eletrônicas, na interpretação e

análise crítica pessoal do autor. Essa categoria de artigos tem papel fundamental para a educação continuada, pois permitem ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo.

A busca de trabalhos sobre o tema incluiu pesquisa em bases eletrônicas, sendo elas, Google Acadêmico e Ministério da Saúde.

O critério de inclusão foram: o período de publicação, de 2014 a 2018, entre tanto, abriu-se exceção para obras clássicas datadas de outras épocas, mas, de suma importância para o alcance do objetivo do estudo; artigos de pesquisa, revisões sistemáticas, teses e dissertações e legislações existentes no Brasil sobre o assunto da pesquisa; acesso integral dos documentos supracitados; número de citações por obra.

Utilizou-se dos seguintes Descritores em Ciências da Saúde, em português: “territorialização em saúde”, “Estratégia de Saúde da Família”, “Atenção Básica”, “Sistema Único de Saúde”.

A análise dos trabalhos encontrados na revisão narrativa sobre o tema resultou no trabalho de estudo sobre a Territorialização em Saúde, os principais contextos históricos na saúde mundial e nacional que nortearam a criação do SUS, da Atenção Primária à Saúde e da Estratégia de Saúde da Família no Brasil e dessa forma a importância da Territorialização em Saúde no âmbito das ESFs.

3. Resultados E Discussões

3.1 Breve conceituação histórica da Atenção Primária à Saúde e da Estratégia Saúde da Família

A Estratégia de Saúde da Família no Brasil teve uma evolução histórica desde sua criação, aprimoramento até os dias atuais. Para se entender a estratégia como ela se apresenta atualmente, deve-se resgatar a história do desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde no mundo que caminha lado a lado com a criação da ESF.

É importante ressaltar que a própria PNAB considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde” como termos equivalentes, ou seja, possuem nomenclaturas diferentes mas o mesmo significado (BRASIL, 2012).

Ainda, no que se refere às diferentes nomenclaturas observa-se de acordo com (SOUSA; HAMANN, 2009, p.1326):

O termo atenção básica à saúde é pouco encontrado na literatura mundial. O conceito usual para este campo de práticas é atenção primária à saúde, como decorrência do pacto mundial realizado em 1978, na cidade de Alma-Ata (República de Cazaquistão), na antiga União Soviética (URSS), onde diversos países participaram da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde e afirmaram compromissos com a meta de "saúde para todos no ano 2000", constituindo assim a Declaração de Alma-Ata.

A Atenção Primária à Saúde surgiu no Reino Unido, em 1920, por meio do Relatório Dawson, que pela primeira vez organizou o sistema de atenção à saúde em diferentes níveis, sendo eles, os serviços domiciliares, centros de saúde primários e secundários, serviços suplementares e os hospitais de ensino. O documento descreveu e relacionou cada um dos níveis de atenção. O documento também é considerado o texto fundador do conceito de regionalização dos sistemas da atenção à saúde, organizado por bases populacionais, influenciou a organização desses sistemas em vários países e estimulou a proposta das Redes de Atenção em Saúde (RAS) coordenadas pela APS (MENDES, 2012).

Ainda no Reino Unido, em 1948, ocorreu o movimento de criação do Serviço Nacional de Saúde e a adoção de médico generalista. (MENDES, 2012)

Nos anos sessenta ocorreram vários movimentos importantes como, o movimento feminista e da pílula anticoncepcional, movimentos pacifistas e ecológicos, de saúde materno-infantil, estudos sobre os fatores de risco nas doenças cardiovasculares, estudos sobre saúde e tabaco, o surgimento das organizações de manutenção da saúde como a Organização Pan Americana da Saúde e a Organização Mundial de Saúde, entre outros. Todos esses movimentos influenciaram a institucionalização mundial da APS que se deu por meio da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde ocorrida na cidade Alma-Ata em 1978, promovida pela Organização Mundial da Saúde e a UNICEF (MENDES, 2012).

A história da APS no Brasil acompanhou o desenvolvimento mundial da mesma, quando na segunda década do século XX surgiram os primeiros Centros de Saúde, criados na USP. Eles possuíam uma população adscrita, utilizavam a educação sanitária como ação fundamental, focavam na promoção da saúde e prevenção de doenças e diferenciavam nitidamente a saúde pública da atenção médica (MENDES, 2012).

Nos anos 40 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), conhecido atualmente como Fundação Nacional de Saúde, inspirado no modelo sanitário americano, dando início a criação das primeiras unidades de APS que associavam ações de prevenção com ações curativas, onde mesmo realizando ações verticais focando em doenças infecciosas foi de suma importância para a APS no Brasil (MENDES, 2012).

Nos anos 60, as Secretarias Estaduais de Saúde, desenvolveram programas de saúde de caráter preventivo, mas considerados verticalizados, pois focaram as ações na prevenção de doenças direcionadas a grupos, sendo eles, materno-infantil e doenças infecciosas como a tuberculose e a hanseníase (MENDES, 2012).

Nos anos 70 deu-se início a um programa de atenção primária seletiva através de experiências-piloto em universidades, que originou o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), iniciado no Nordeste em 1976 e que acabou alcançando abrangência nacional em 1979. A partir daí ocorreu uma forte expansão da APS no país, através de um programa de medicina simplificada, onde o número de unidades de APS em 1975 era de 1.122, passou em 1984, para 13.739 unidades (MENDES, 2012).

Em 1970, o país apresentou um grande crescimento econômico, sob o regime militar, mas esse crescimento atendeu de forma desproporcional as necessidades da população (PAIM et al., 2011).

Nos anos 80, devido a uma grave crise da Previdência Social ocorreu a instituição das Ações Integradas de Saúde. Em 1987 as AISs foram substituídas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Então, em 1988, com a criação da Constituição Federal criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a descentralização uma de suas principais diretrizes. Neste sentido, ocorreu a municipalização das unidades de APS, e as mesmas passaram a ser geridas pelos municípios (MENDES, 2012).

Ainda em 1987 foi criado no Ceará o Programa de Agentes de Saúde (PACS), que tinha como objetivo o combate à seca, devido aos seus resultados positivos, como a diminuição da mortalidade infantil no estado, teve larga repercussão política e em 1991 foi estendido por todo país através do Ministério da Saúde, denominado como, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). No entanto, o referido programa trabalhava pelo viés da atenção primária seletiva, que não era compatível com as diretrizes do SUS. Assim, no município cearense de Quixadá foi desenvolvido um modelo de atenção que agregava os ACS ao médico e enfermeiro generalistas, onde os mesmos trabalhavam com uma população adscrita territorialmente e organizadas em famílias (MENDES, 2012).

No final de 1993 e início de 1994 durante o Governo de Itamar Franco, e utilizando do modelo cearense supracitado como base, o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família como política oficial da APS no Brasil, adotando-a como uma estratégia de organização do SUS (MENDES, 2012).

O programa focou suas ações na família não por acaso, já que a Organização das Nações Unidas (ONU) definiu o ano de 1994 como o “Ano Internacional da Família” através

da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento ocorrida no Cairo-Egito. A Conferência já havia tido etapas antecessoras e que tratavam do mesmo tema, focando suas ações na família para a resolutividade de questões sociais, de saúde e econômicas, e o Brasil caminhou lado a lado com esse movimento mundial onde o PSF acabou se tornando a tradução desse movimento no país (RIBEIRO, 2004).

Em 1996 após ser regulamentado pela NOB ocorreu outro marco importante para o PSF, onde o mesmo passou a ter um financiamento (BARATIERI et al., 2018).

A partir de 1997, após a segunda publicação do Ministério da Saúde sobre conceitos, objetivos, diretrizes e implementação do PSF, o mesmo, inicialmente formulado como programa, passou a ser definido e defendido como estratégia (RIBEIRO, 2004).

Em 2006 o PSF enfim passa a ser direcionado por uma política baseada em princípios da APS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a mesma resultou dos diversos movimentos que foram responsáveis também pela consolidação do SUS no Brasil (BARATIERI et al., 2018).

Em 2012, conforme aponta De Faria (2013, p.136) “A “nova” PNAB (BRASIL, 2012) avançou muito em relação à sua versão anterior (BRASIL, 2007), flexibilizando a oferta e adaptando-a às diferentes realidades do Brasil, como é o caso da formação de equipes para atender populações ribeirinhas e moradores de rua”.

Em 2015 ocorre o início de um período considerado negativo por grande parte dos atores envolvidos no cenário da saúde pública no Brasil, neste ano o CONASS, CONASEMS e Ministério da Saúde iniciam um processo de revisão da PNAB. (BARATIERI et al., 2018)

Em 2017 na 7ª reunião anual da CIT, CONAASS E CONASEMS, é apresentada a partir da revisão supracitada uma proposta oficial referente ao processo de revisão. Diante disso várias instituições importantes como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), conselhos profissionais, entre outros, manifestaram-se contrários à proposta, devido à ausência de uma construção mais coletiva do texto de revisão, diante disso a proposta foi enviada para consulta pública onde teve várias contribuições, mas que em poucos casos foram levados em consideração, e em 21 de setembro de 2017 é aprovada a nova PNAB (BARATIERI et al., 2018).

3.2 A Estratégia de Saúde da Família

A Atenção Básica no Brasil possui diversos modelos de equipes para as diferentes populações e realidades do país, sendo estes, as Estratégias de Saúde da Família, as EABs voltadas para a população de rua (Consultórios na Rua), e as UBS Fluviais e ESFs direcionadas para as Populações Ribeirinhas (BRASIL, 2012).

Apesar dos diferentes formatos possíveis de atenção básica de saúde no país, a Estratégia de Saúde da Família é indiscutivelmente a mais preconizada pelo Ministério da Saúde, de acordo com a PNAB (BRASIL, 2012, p.22) “A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica”.

A preconização pela Estratégia de Saúde da Família pelo Ministério da Saúde, é clara, tanto que a mesma é citada em diversos pontos da PNAB, apontada como responsabilidades comuns a todas as esferas de governo temos (BRASIL, 2012, p. 27) “apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como tática prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica à Saúde”.

É responsabilidade das secretarias municipais de saúde e Distrito Federal (BRASIL, 2012, p.32) “inserir a Estratégia Saúde da Família em sua rede de serviços como tática prioritária de organização da atenção básica”.

A Estratégia de Saúde da Família é uma equipe multiprofissional, que atua em uma Unidade Básica de Saúde, assumindo a responsabilidade por atender a uma população adscrita em um território definido, utilizando a referência e contra referência para os problemas que são identificados na AB, mas que necessitam de encaminhamento para os outros níveis do sistema (RIBEIRO, 2004).

De acordo com (BRASIL, 2012, p.54) a Estratégia Saúde da Família possui especificidades obrigatórias, entre elas, a existência de equipe multiprofissional composta por:

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.

Todos os profissionais deverão estar devidamente cadastrados, trabalhando 40 horas semanais, com exceção dos profissionais médicos, onde os mesmos deverão se organizar com ajuda do gestor municipal para atender de acordo com a necessidade da população (BRASIL, 2012).

Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por 4.000 pessoas, mas que de acordo com a vulnerabilidade da população esse número pode ser reduzido (BRASIL, 2012).

Cada ESF poderá ter no máximo 12 Agentes Comunitários de Saúde por equipe, não podendo ultrapassar 750 pessoas por agente e garantir o atendimento de 100% das famílias cadastradas pelos mesmos (BRASIL, 2012).

Para (Paim et al. 2011, p.22) “o PSF tem sido a principal estratégia de estruturação da atenção básica dos sistemas locais de saúde, desde 1998.” e considera que:

As equipes representam o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde local, coordenam a atenção e procuram integrar com os serviços de apoio diagnósticos, assistência especializada e hospitalar. Os serviços de saúde e as atividades de promoção de saúde funcionam nas unidades, nas casas dos pacientes e na comunidade.

Nota-se a importância da utilização da unidade familiar no contexto da comunidade e conseqüentemente do processo de territorialização pois deve-se levar em consideração que as mesmas sofrem influências macrossociais, identificando-se e interferindo-se entre si, resultando no processo de saúde/doença nos ambientes onde estão inseridas (RIBEIRO, 2004).

De acordo com (Ribeiro, 2004, p.662) a família deve ser abordada de diversas formas, no que diz respeito à família/comunidade temos:

Família/comunidade: neste tipo de abordagem a família se transforma em ‘as famílias’; sua identidade e processo de viver definem-se sob parâmetros universais, proveniente do contexto, da inserção social, do ambiente físico social da comunidade. Os processos são universalizados, a singularidade e a individualidade, esvaziadas. As medidas cuidativas são aplicadas às famílias. As famílias têm responsabilidade para com os problemas locais da comunidade, tais como marginalidade, violência, ou seja, agrega o enfoque de família/agente, que deve viabilizar ações através de voluntariado, associações.

De acordo com (BRASIL, 2010, p.48):

A Saúde da Família, baseada em princípios de uma Atenção Primária à Saúde integral, não é uma política pobre para pobres. Ela pode e deve ser o ponto de contato principal entre a população e o sistema de saúde, deve ser coordenadora do cuidado, deve promover a longitudinalidade e a continuidade da atenção à saúde das pessoas e, essencialmente, deve ser capaz de responder às demandas de quem chega ao serviço, independentemente de estarmos falando das áreas rurais no interior do Nordeste ou de Copacabana, no Rio de Janeiro.

A ESF possui um entendimento mais amplo referente ao processo saúde-doença dos indivíduos, levando em consideração suas relações familiares e socioculturais, dessa forma, articula os saberes técnicos e culturais para enfrentar os problemas de saúde da população. A estratégia tem como foco a integralidade do indivíduo, atendendo as necessidades do meio onde o mesmo está inserido, para que ele seja atendido de uma forma mais integral (SORATTO et al., 2015).

Apesar de necessitar várias melhorias em sua implementação e execução no país, existem diversos estudos que comprovam sua eficácia a comparando com outras formas de organizar a atenção à saúde (SORATTO et al., 2015).

3.3 Territorialização em saúde no âmbito da Atenção Primária no Brasil e na Estratégia de Saúde da Família

A implantação do Sistema Único de Saúde foi o principal responsável pelo surgimento da territorialização em saúde no Brasil, pois ao criar um sistema de saúde que proporciona o direito de saúde para todos, acaba impondo automaticamente ao Estado o dever de fazer cumprir a lei e a necessidade de promover no país um arranjo territorial na organização dos serviços para tentar oferecer saúde de forma universal e equânime. (DE FARIA, 2013).

A territorialização na Atenção Básica no Brasil ganhou força com a criação do Programa Saúde da Família, utilizada a partir daí como ferramenta para a efetivação da mesma, aliada com propostas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) na mesma época (DE FARIA, 2013).

O Programa Saúde da Família criado em 1994 pelo Ministério da Saúde tinha como intuito reverter o quadro da assistência à saúde do Brasil, que até então tinha como foco a cura da doença e o ato médico, e devido ao seu alcance pelo país e aos resultados positivos obtidos passou a ser considerado uma Estratégia, trazendo um novo olhar para os serviços de saúde no país, onde deixa de focar na doença, para focar na saúde, do indivíduo para focar na família e do médico para focar na equipe em geral. (XIMENES NETO; SAMPAIO, 2007)

A especialidade de Medicina de Família e Comunidade tão importante no cenário de serviços de saúde, refletiu o movimento de territorialização ao ressaltar a palavra comunidade em sua nomenclatura, pois anteriormente havia outras denominações tanto no Brasil, quanto no exterior, como, Clínico Geral, médico de família, médico de zona, médico do bairro, médico-geral, entre outras. De acordo com (Série I. História da Saúde no Brasil, p. 41, 2010),

“a palavra ‘comunidade’ foi acrescentada mais recentemente pela compreensão de que há aspectos que transcendem a pessoa e a família, que exercem grande influência na saúde e na doença”.

A partir da introdução do processo de territorialização surgem outras ferramentas para a efetivação da mesma, como, a população adscrita, territorializando e cadastrando a população, definindo as áreas de atuação dos serviços da atenção básica (DE FARIA, 2013).

Na PNAB a população adscrita é considerada uma característica no processo de trabalho das equipes, onde o objetivo é prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita através da definição do território de atuação e de sua população sobre a responsabilidade da UBS e de sua equipe (BRASIL, 2012).

Para De Faria (2013, p.134) a territorialização:

É uma política, porque é uma proposta do Estado para a organização desse nível de atenção em todo o país, mas é também uma técnica de planejamento utilizada para se delimitar as áreas de atuação das unidades de atenção primária à saúde, notadamente das UBS e Equipes Saúde da Família.

Existem opiniões divergentes que ora conceituam a territorialização apenas como ferramenta para delimitar um espaço de atuação e número da população a ser atendida, como também conceituam a territorialização em saúde de forma muito mais ampla, considerando-a como ferramenta de delimitação do espaço e sua população planejando as ações no processo de saúde-doença dessas pessoas, analisando o território como o responsável pelo desencadeamento de alguma doença devido a fatores culturais, sociais, econômicos, epidemiológicos, ambientais, entre outros (DE FARIA, 2013).

A PNAB também apresenta um conceito mais amplo da territorialização, citada como atribuição comum a todos os profissionais os mesmos devem manter atualizado o cadastramento dos indivíduos e suas famílias em sistemas de informação, mas sempre considerando suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas e utilizar estes dados para analisar a situação de saúde dos mesmos, planejando ações para as situações mais vulneráveis (BRASIL, 2012).

No processo de territorialização devem ser levados em consideração que os serviços de saúde devem ser organizados para atender às especificidades dos territórios se ajustando a eles, onde o levantamento das informações pode ser direcionado para formular uma resposta para o que a equipe busca junto aquele território (DE FARIA, 2013).

Identificar que os problemas de saúde de uma população envolvem outras questões que não só fatores biológicos, como por exemplo, sociais ou de educação e buscar parcerias com outros setores é de suma importância para a resolutividade desses problemas (DE FARIA, 2013).

Para De Figueiredo (2013, p.02) devem-se considerar as especificidades de cada região para organizar os serviços de saúde: “a ESF e outras estratégias organizativas da Atenção Básica devem seguir as diretrizes da Atenção Básica e do SUS, considerando e incluindo as especificidades locorregionais”.

A territorialização está diretamente ligada ao processo de municipalização que ocorreu no país, como forma de reorganizar o sistema de saúde, com vista de que o país necessitava de um novo processo territorial, para que o objetivo da implantação do SUS fosse realmente alcançado, e que pudesse abranger todo o país. O município então passa a ser o ator principal na implantação do SUS utilizando como base o conceito de territorialização (GONDIM et al., 2008).

Em seu estudo, Gondim et al. (2008) também percebem duas linhas de pensamento quanto ao conceito de territorialização dentro dos serviços de saúde, o de território como espaço físico, burocrático, e outro de reconhecer o território como um produto de uma dinâmica social, em constante transformação.

O território está sempre em constante construção, configurando uma realidade de saúde nunca pronta, onde se deve identificar os usuários e suas respectivas micro áreas com maior necessidades e priorizá-las, buscando parcerias na comunidade, como por exemplo, das igrejas, para atuarem junto à equipe de saúde da família nas ações de promoção e prevenção (MACHADO JUNIOR, 2014).

Podemos notar a presença e conseqüentemente a importância da territorialização na PNAB, onde, entre as atribuições comuns a todos os profissionais presentes estão, participar do processo de territorialização do espaço e dos indivíduos, família e grupos inseridos e o levantamento dos riscos e vulnerabilidades a que estão expostos, cuidar da saúde da população adscrita na unidade de saúde e se necessário no domicílio e demais espaços comunitários como escolas, associações, entre outros. Manter a coordenação do cuidado responsabilizando-se pela população adscrita mesmo quando a mesma necessitar de outros pontos de atenção do sistema de saúde e praticar intervenções que influenciem nos processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da comunidade (BRASIL, 2012).

3.4 Principais dificuldades na aplicabilidade da territorialização por parte dos profissionais de saúde

O domínio do modelo biomédico, centrado na doença, que atua de forma verticalizada na área da saúde, é um dos fatores quanto à dificuldade da aplicabilidade da territorialização na Atenção Básica, na Estratégia de Saúde da Família, e a desconstrução desse modelo através da educação é a saída para que isso seja superado (JUSTO et al., 2017).

Diante disso, o curso de Medicina da cidade de Parnaíba no estado do Piauí, no ano de 2015, desenvolveu em um dos seus módulos, aulas teóricas e práticas, objetivando através da educação uma maneira de mudar essa realidade, baseado no reconhecimento das particularidades da atenção à saúde comunitária, reconhecendo suas práticas de saúde, sua história, cultura e reprodução social dos indivíduos pertencentes a ela através de profissionais que são peça fundamental no processo de territorialização, os Agentes Comunitários de Saúde, e com isso já agregaram a sua formação um modelo de atenção à saúde mais integral, norteados pelo processo de territorialização (JUSTO et al., 2017).

A Educação Permanente em Saúde é de suma importância para os trabalhadores que não tiveram em sua formação contato com os conceitos sobre a territorialização e seus reais significados, pois a Educação Permanente é um processo de ensino aprendizagem que ressaltam a importância do elo entre o trabalhador, seu local e modo de trabalho, que resultam em espaços coletivos de mudanças, tanto para o trabalhador quanto para o paciente (BULGARELLI, 2015).

Conhecer a população permite planejar melhor as ações, como a educação permanente, se a ESF atua em um município de pequeno porte, com sua economia advinda do setor agrícola, por exemplo, deverá realizar capacitações para situações dessa população e não de grandes metrópoles. Como afirma a PNAB (BRASIL, 2012, p.40):

Reconhecendo o caráter e iniciativa ascendente da educação permanente, é central que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponham e desenvolvam ações de educação permanente tentando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município. É importante sintonizar e mediar as ofertas de educação permanente pré-formatadas (cursos, por exemplo) com o momento e contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade.

Compete ao Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais, Municipais e Distrito Federal estabelecer e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de

gestão, formação e educação permanente dos gestores e profissionais da atenção básica e articular junto ao Ministério da Educação estratégias de mudanças curriculares na graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde com o intuito de formar profissionais e gestores com um perfil adequado à atenção básica (BRASIL,2012).

Para Justo et al., (2017, p.1346):

Na medida em que o planejamento da Educação em Saúde se afasta do modelo biomédico e se adequa à reorientação dos sistemas de Saúde, o conhecimento sobre o processo de territorialização torna-se ferramenta necessária para que a transição entre tais modelos de aprendizado ocorra de modo fluido e funcional, especialmente no contexto da Atenção Básica.

A alta rotatividade de médicos e enfermeiros nas equipes se torna mais um agravante na dificuldade de aplicabilidade da territorialização em saúde na ESF pois acaba comprometendo o objetivo da estratégia que visa uma relação mais afetiva entre os profissionais e a comunidade, que procura conhecer pessoalmente cada pessoa, sua família, como vivem, garantindo um atendimento mais integral e humanizado já que com a rotatividade ocorrem as interrupções dos programas em saúde e a incapacidade de se estabelecer o vínculo com a comunidade, além de custos excessivos referentes a capacitação desses profissionais que não permanecem na equipe (MEDEIROS et al., 2008).

Para (MEDEIROS et al., 2008, p. 1522):

Acreditando que certa estabilidade na ESF é fundamental para a construção de um modelo de trabalho que contemple todos os elementos da integralidade, a rotatividade prejudica a efetividade da ESF em nossa região. Esse tipo de informação leva a buscar identificar os motivos dessa instabilidade de profissionais na ESF, tendo em vista que a qualidade da atenção à saúde tende a ser prejudicada pela falta de vinculação do profissional à determinada comunidade

Um estudo quanti-qualitativo realizado com 31 equipes em 25 municípios no Vale do Taquari (RS), com implantação em março de 2006, identificou as principais causas do índice de rotatividade de médicos e enfermeiros das equipes da Estratégia de Saúde da Família (MEDEIROS et al., 2008).

Entre as principais causas da alta rotatividade identificadas na pesquisa estão, estilo de gestão onde as ações e projetos são impostos de cima para baixo. As equipes e o processo de trabalho, onde as ações em saúde são geralmente fragmentadas. A influência político-partidária com interferência dos gestores nas ações da ESF em troca de apoio eleitoral. O regime de trabalho e remuneração, pois não há um plano de cargos e salários bem estruturado

e não há incentivo quanto à estabilidade dos profissionais através de Concursos Públicos acarretando em contratos de trabalho precários e a ocorrência de salários muito diferenciados entre os municípios. As condições de trabalho envolvendo falta de estrutura física e de recursos humanos suficientes, como motoristas, carros, telefone, entre outros. A conciliação entre a vida profissional e a pessoal, as oportunidades de mercado, o vínculo com a comunidade, no caso a falta dele, enfatizando que a sua importância resulta em ações mais eficazes e conseqüentemente o profissional é reconhecido por isso, e a formação e perfil, observando-se a fragmentação na formação com o crescimento das superespecialidades (MEDEIROS et al., 2008).

4 Considerações Finais

Os resultados observados neste estudo indicam que entre as causas que dificultam a aplicabilidade da Territorialização em Saúde na Atenção Básica pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família podem ser consideradas, a educação em saúde e a alta rotatividade entre profissionais nas equipes.

A educação em saúde está diretamente ligada ao problema supracitado pois como vimos a educação está presente no cotidiano dos profissionais de saúde, tanto na formação de alguns profissionais, como nos casos onde não há necessidade de uma formação específica antes da contratação, onde se ofertam treinamentos após o início de seus trabalhos, bem como de todos os profissionais durante sua carreira, pois assim como o território é um espaço sujeito a mudanças, a educação também deve seguir esse caminho, seus métodos, percepções mudam, eles devem ser construídos juntos.

A alta rotatividade dos profissionais na ESF reflete a precariedade a que estão sujeitos a grande maioria dos profissionais em saúde no país, com contratos e condições de trabalho que impossibilitam o vínculo com a equipe e conseqüentemente com a comunidade.

Apointa-se a importância da realização de outros estudos que possam ampliar a discussão sobre o tema, buscando relacionar as diversas questões que afetam a Atenção Básica no país, especialmente no que se refere ao processo de Territorialização na Estratégia de Saúde da Família.

Referências

- ATALLAH NA, CASTRO AA. Apud. SALLUM AMC, GARCIA DM, SANCHES M. **Dor aguda e crônica**: revisão narrativa da literatura. Acta Paul Enferm. 2012;25 (Número Especial 1):150-4. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_23.pdf > Acesso em: 09 de Outubro de 2018.
- BARATIERI, Tatiane et al., **Nova Política Nacional de Atenção Básica brasileira: um passo para o desmonte do Sistema Único de Saúde?** Cuba, 2018.
- BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 De Setembro De 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. il. (Série E. Legislação em Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p.: il. – (Série I. História da Saúde no Brasil).
- BULGARELLI, Patrícia Távora. **Vivenciando a Territorialização na Estratégia de Saúde da Família no município de Sapucaia do Sul.** Trabalho de Conclusão de Curso. 43 p. (Curso de Especialização em Atenção Especializada em Saúde com Ênfase em Gestão) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.
- DE FARIA, Rivaldo Mauro 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**, 2013.
- DE FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS.** Modelo de Citação: Conteúdo original elaborado pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – projeto Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), 2013.
- GONDIM, Grácia M. M. et al. **O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
- JUSTO, Larissa Galas et al. A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1345-1354, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000501345&lng=en&nrm=iso>.Access on 13 Dec. 2018. <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0512>>
- MACHADO JUNIOR, Daniel Hipólito. **Territorialização e Caracterização da População Adscrita da Equipe de Saúde da Família.** Campo Grande, 2014.
- MEDEIROS, Cássia Regina Gotler et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1521-1531, June 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232010000700064&lng=en&nrm=iso>. Access on 13 Dec. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700064>

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

PAIM, Jairnilson et al., **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** Bahia, 2011.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. *Hygeia*, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

RIBEIRO, Edilza Maria. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev Latino-am Enfermagem**, 2004 julho-agosto; 12(4):658-64.

SORATTO, Jacks et al., **Estratégia Saúde Da Família: Uma Inovação Tecnológica Em Saúde.** Florianópolis, 2015.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, p. 1325-1335, Oct. 2009. Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Dec. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800002>

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães; SAMPAIO, José Jackson Coelho. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. **Revista Brasileira de Enfermagem REBEn**, Fortaleza, 2007.