

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

Luciano Antonio Rodrigues

TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE:
realidades do planejamento nas Estratégias de Saúde da Família

Governador Valadares

2013

LUCIANO ANTONIO RODRIGUES

TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE:
realidades do planejamento nas Estratégias de Saúde da Família.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *strictu sensu* em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Suely Maria Rodrigues

Governador Valadares

2013

FICHA CATALOGRÁFICA

Rodrigues, Luciano Antonio.

Territorialização em Saúde: realidades do planejamento nas Estratégias de Saúde da família / Luciano Antonio Rodrigues. – 2013. 108 p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão Integrada do Território, Governador Valadares, MG, 2013.

Orientador: Suely Maria Rodrigues

1. Territorialização. 2. Planejamento. 3. Estratégia de Saúde da Família. I. Rodrigues, Luciano Antonio II. Universidade Vale do Rio. III. Título.

CDD 362.82

A Adriene, minha esposa, por fazer do meu território, um lugar cheio de crescimento e felicidade. Ao nosso filho Heitor - o pequeno gênio; que mesmo diante de sua maravilhosa inocência, sempre soube compreender o trabalho dos pais. Nos momentos de tensão foi o precursor de emoções importantes, as quais dão forças para qualquer ser humano.

AGRADECIMENTOS

Agradecer a todos que ajudaram a construir esta dissertação é uma tarefa difícil. A grande preocupação não está na seleção de quais pessoas mencionar e sim na decisão de não citar ou esquecer alguém. Então, quero primeiramente agradecer a todos que fazem parte da minha vida, trazendo olhares diferenciados para o meu crescimento e formação, compartilhando momentos de alegria, de conforto e de desenvolvimento em nosso território cotidiano.

De uma forma especial, agradeço a Deus pela imensidão de Sua presença em minha vida.

Na necessidade de seleção, manifesto os mais sinceros agradecimentos aos meus pais, por serem o alicerce de toda minha formação, direcionando sempre valores importantes que me constroem como ser humano. Entendo que o maior aprendizado sobre territorialidade está na simples fala de meu pai ao dizer que “cada um tem o seu cada um”.

Aos meus irmãos e familiares, pelo carinho, amor e compreensão de minha distância.

À família Prôeza Alves, pela grandiosidade de uma amizade que é alimentada em cumplicidade, amor, incentivo e carinho.

À minha orientadora, Profa. Dra. Suely Maria Rodrigues, por fazer da docência uma arte de transformar o complexo em saberes de fácil compreensão.

Aos profissionais enfermeiros, médicos e demais membros da equipe de Estratégia de Saúde da família de Colatina, pela grande contribuição neste estudo, o qual sela um momento marcante de minha formação profissional. Aos gestores municipais de saúde de Colatina, pelo apoio e pela confiança depositada em minhas ações de pesquisa.

Ao Centro Universitário do Espírito Santo – UNESC, pelo apoio na realização desta fase profissional. Em especial ao Prof. Dr. Pergentino de Vasconcelos, ao Reitor Dr. Pergentino de Vasconcelos Junior e aos Professores Me. Fabiano Chiepe e Me.

Neacil Broseghini, que despenderam especial atenção e compreensão, e foram, indubitavelmente, os elementos propulsores deste mestrado.

Ao Prof. Dr. Luis Romero, pelo incentivo, reconhecimento, sensibilidade e referência de minhas qualificações pessoais e profissionais; à Profa. Ana Lima, pela presteza corriqueira em sempre buscar atender aos pedidos de informações; à bolsita Deise Torres, pela colaboração na pesquisa; aos professores Dr. Damián Sánchez Sánchez e Ma. Angela Regina Binda, pelo olhar diferenciado na revisão do estudo. Em especial e com muita admiração, agradeço ao Professor Me. Bento Tadeu Cuqueto, por não medir esforços em colaborar com saberes que transcendem o conhecimento.

Aos companheiros do Mestrado Gestão Integrada do Território por compartilharem grandes momentos de aprendizado em dois anos de convívio. Em especial à Profa. Ma. Andrea Barbosa do Valle Coelho, pelos conselhos oportunos e consolidação de conhecimentos.

Aos amigos e irmãos da maior instituição mundial de ensino não-formal, o Movimento Escoteiro, que sempre me deram apoio, reconhecimento e, acima de tudo, o aprendizado de enxergar ângulos diferenciados de conhecimentos, os quais me direcionam para uma projeção criativa de ensino.

Agradeço o imenso carinho de nossa pequena e eterna Escoteira Suyana Domingos e sua família, por tantas vezes buscarem fazer o seu melhor possível para nos ajudar no cuidado zeloso de nosso pequeno Heitor, além de diversas vezes nos acompanhar na jornada rumo à Governador Valadares.

De uma forma especial, quero fechar esta lista seletiva de agradecimentos, com aqueles que compartilham comigo o que há de mais grandioso em minha vida – o AMOR. À minha esposa Adriene e ao meu filho Heitor agradeço a compreensão natural, a convivência sem igual e acima de tudo o Amor Incondicional.

“No maravilhoso território do silêncio nós tocamos o mistério. Ele é o lugar da reflexão e contemplação, e é o lugar onde nós podemos nos conectar com o conhecimento profundo, para o caminho da sabedoria profunda.”

(Angeles Arrien)

RESUMO

O termo território possui diversas concepções que podem refletir no estudo da territorialização. A territorialização na área de saúde é um dos pressupostos básicos do planejamento e trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF), possui três sentidos: 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. O objetivo dessa pesquisa foi verificar se os conhecimentos de território e territorialização em saúde, dos profissionais das ESF, influenciam no planejamento de suas atividades de atenção à Saúde. Trata-se de um estudo do tipo observacional, descritivo, de corte transversal, realizado no período de setembro a dezembro de 2012 e que utiliza uma abordagem quantitativa e outra qualitativa. Participaram do estudo 15 enfermeiros e 15 médicos que atuam nas equipes de ESF, da zona urbana do município de Colatina–ES. Os dados foram coletados na própria unidade de saúde, onde o sujeito da pesquisa realiza suas atividades laborais, por meio de um questionário sociodemográfico contendo as variáveis: idade, sexo, situação conjugal, tempo de serviço nas ESF, experiências em outras equipes de ESF, cursos complementares de formação dentro da Atenção Primária à Saúde (APS), ano de formação (graduação) e especialização dentro da APS. E por uma entrevista baseada em um roteiro semiestruturado abordando os temas organização do trabalho; planejamento de ações assistenciais e processos de trabalho; concepções de território e territorialização em saúde e como estas concepções estão envolvidas no planejamento do trabalho em saúde da família (SF). Os dados quantitativos foram analisados por meio do *software Sphinx Léxica versão 5.1.0.4* e os qualitativos segundo a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados obtidos permitiram observar uma média de idade 32,4 anos ($\pm 11,35$) entre os participantes, com predominância do sexo feminino (66,7%). A maioria dos enfermeiros é de Colatina (93,3%), entretanto, na categoria médica 53,3% são oriundos de outros municípios. Quanto ao tempo de graduação, 63,3% dos profissionais possuem de 1 a 4 anos de formados, com média de 4,7 anos (enfermeiros ($\pm 1,7$) e médicos ($\pm 3,4$)). Em relação ao tempo de atuação na ESF, 60% desempenham suas atividades profissionais de 1 a 3 anos na equipe atual de ESF. Obtendo uma média de 1,8 anos tanto para enfermeiros ($\pm 1,2$), quanto para

médicos ($\pm 1,6$). Verificou-se que 50% dos pesquisados tiveram vínculos com outras equipes de saúde, tanto em Colatina quanto em outro município. A especialização mais cursada pelos participantes foi a de APS com ênfase em SF. Do total de especialistas nesta área, 58,3% são enfermeiros e 41,7% médicos. As categorias surgidas a partir das entrevistas foram: planejamento de ações assistenciais; organização do trabalho; processos de trabalho e concepções de território e territorialização em saúde. As concepções de planejamento e ações de saúde estão focadas na avaliação das atividades realizadas semanalmente, frente à livre demanda de usuários dos serviços. O conceito de planejamento se confunde com plano de ação em saúde. Existem dúvidas no trabalho diretivo da gestão da Unidade de Saúde e o conhecimento de território e de territorialização em saúde estão focados na contextualidade de espaço geográfico, demarcado e limitado para as ações de saúde de uma determinada área de atuação da equipe. Ficando lacunas na avaliação social, na condição de vida, na situação da saúde e nas crenças pessoais imbuídas de seus valores culturais e simbólicos. Mesmo diante das dificuldades conceituais, os profissionais estão convictos que o entendimento do território e territorialização em saúde é uma ferramenta importante para o direcionamento do planejamento das ações em saúde. Pode-se concluir que os conhecimentos de território e territorialização podem influenciar no planejamento e na atuação dos profissionais da ESF, uma vez que o entendimento destes conceitos pode contribuir para ações qualificadas de saúde dentro de uma realidade da comunidade.

Palavras-chave: Território. Territorialização. Planejamento. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

The term territory has many concepts that can reflect in the study of territorialization. The territorialization in the health area is one of the basic assumptions of the planning and work in the Family's Health Strategy (FHS) has three senses: demarcation of boundaries in areas of performance of services; recognition of the environment, population and social dynamics existing in these areas and of establishing horizontal relations with other adjacent services and vertical with reference centers. The aim of this study was to investigate if the knowledge of the territory and territorialization in health, from professionals of FHS, influence in the planning of its activities to the attention of Health. This is an observational study, descriptive, of transversal cross, conducted between September to December 2012 and which uses a quantitative approach and other qualitative. The study included 15 nurses and 15 doctors that work in teams of the FHS, in the urban area of Colatina-ES. Data were collected in the health unit where the subject of research performs his labor activities using a socio-demographic questionnaire containing the variables: age, sex, marital status, length of service in the FHS, experiences in other FHS teams, complementary training courses within the Primary Health Care (PHC), year of graduation and specialization within the PHC. And for an interview based on a semi structured schedule including the themes of work organization, action planning of care actions and work processes and conceptions of territory and territorialization in health and how these concepts are involved in the work planning in family health (FH). Quantitative data were analyzed using *software Sphinx Lexical version 5.1.0.4* and the qualitative according to the technique of Content Analysis of Bardin. The results allowed to observe an average age of 32.4 years (± 11.35) among participants, predominantly female (66.7%). Most nurses was born in Colatina (93.3%), however, in the doctors category, 53.3% were from other cities. Considering the time of graduation, 63.3% of professionals have between 1-4 years of graduation, with an average of 4.7 years (nurses (± 1.7) and doctors (± 3.4)). Regarding the performance time in the FHS, 60% perform their professional activities from 1 to 3 years in the current FHS team. Getting an average of 1.8 years for both nurses (± 1.2), and for doctors (± 1.6). It was found that 50% of respondents had links with other healthcare teams, in Colatina or in another city. The most studied specialization by participants was the Primary Health Care with emphasis on FH. From the total

number of experts in this area, 58.3% are nurses and 41.7% are doctors. The categories that emerged from the interviews were: planning of care actions; work organization, work processes and conceptions of territory and territorialization in health. The conceptions of planning and health action are focused in the evaluation of the activities held weekly according to the free demand of users of services. The planning concept is confused with health action plan. There are doubts on the managing job of the director from the Health Unit and the knowledge of territory and territorialization in health are focused on contextuality of geographical space, demarcated and limited to health actions in a particular area of performance of the team. Letting gaps in social assessment, on condition of life, in the health status and personal beliefs full of their cultural values and symbolic. Even facing the conceptual difficulties, the professionals are convinced that the understanding of the territory and territorialization in health is important tool for directing the planning of health actions. It can be concluded that the knowledge of the territory and territorialization can influence in the planning and performance of the FHS professionals, since the understanding of these concepts can contribute to actions qualified of health inside a reality of the community.

Keywords: Territory. Territorialization. Planning. Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 - Mapa da Zona Urbana de Colatina	48
Quadro 1 - Relação de cada equipe de Saúde da Família da zona urbana.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do perfil sociodemográfico e formação acadêmica dos enfermeiros e médicos inseridos nas equipes de ESF de Colatina – ES...	57
Tabela 2 - Distribuição da Formação Profissional de enfermeiros e médicos das equipes de ESF de Colatina – ES.....	59
Tabela 3 - Distribuição de Cursos de Especializações Profissionais de enfermeiros e médicos das equipes de ESF de Colatina dentro da Atenção Primária à Saúde.....	63

LISTA DE SIGLAS

ABS – Atenção Básica de Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
DAB – Departamento de Atenção Básica
ES – Espírito Santo
ESF – Estratégia de Saúde da Família
IES – Instituição de Ensino Superior
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS – Ministério da Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PES – Planejamento Estratégico Situacional
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PSF – Programa de Saúde da Família
SESA-ES – Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo
SF – Saúde da Família
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIPACS – Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
US – Unidade de Saúde
USF – Unidades de Saúde da Família

GIT

Programa de Pós-Graduação
Gestão Integrada do Território

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais – NEHT/Univale
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território


Nome do Discente

Luciano Antônio Rodrigues

Nome da Dissertação

**“Territorialização em Saúde: realidades do planejamento na Estratégias
de Saúde da Família”.**

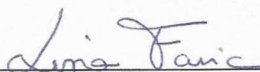
Dissertação aprovada em 23 de
MAIO de 2013, pela banca
examinadora com a seguinte
composição:



Profa. Dra. Suely Maria Rodrigues- Orientadora
Universidade Vale do Rio Doce – GIT/UNIVALE



Prof. Dr. Carlos Alberto Dias -
Universidade Vale do Rio Doce – GIT/UNIVALE



Profa. Dra. Lina Rodrigues de Faria - Convidada
Universidade Federal de Juiz de Fora -UFJF

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA	21
2.1.1 A Saúde da Família: uma estratégia para o cuidado das comunidades	26
2.2 TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE: A DINAMICIDADE DO TERRITÓRIO NA ORIENTAÇÃO DO TRABALHO COM AS FAMÍLIAS.....	32
2.3 PLANEJAMENTO EM SAÚDE NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA.	38
3 OBJETIVOS	45
3.1 GERAL	45
3.2 ESPECÍFICOS	45
4 METODOLOGIA	46
4.1 ABORDAGEM DO ESTUDO.....	46
4.2 TIPO DO ESTUDO.....	46
4.3 UNIVERSO DO ESTUDO	46
4.4 AMOSTRA	50
4.5 ESTUDO PILOTO	52
4.6 COLETA DE DADOS	52
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	54
4.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	54
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
5.1 DADOS QUANTITATIVOS.....	55
5.1.1 Caracterização da Amostra.....	55
5.2 DADOS QUALITATIVOS	63
5.2.1 Tema Planejamento	63
5.2.1.1 Categoria 1: Planejamento de Ação.....	63
5.2.1.2 Categoria 2: Instrumento utilizado para a realização do Planejamento. .	67
5.2.1.3 Categoria 3: Gestão da UBS.....	71
5.2.2 Tema Território.....	72
5.2.2.1 Categoria 1: Entendimento de Território e Territorialização.....	72
5.2.2.2 Categoria 2: Influência do conceito no planejamento das ações.	78
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PERSPECTIVAS	84

8 REFERÊNCIAS	86
APÊNDICES.....	98
ANEXOS	106

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), dentro de suas diretrizes, foca a descentralização, enfatizada na municipalização da gestão dos serviços e ações de saúde. Para a concretização dessas ações, é necessário o gerenciamento do processo de regionalização da saúde para a distribuição organizada, racional e equânime dos recursos assistenciais no território (VASCONCELOS; PRASCHE, 2009).

E é nesse território da saúde pública que se desenvolvem as produções coletivas de atenção à saúde, com o objetivo de prevenir riscos e evitar danos à saúde, tendo por base um diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida das populações em áreas delimitadas (MONKEN et al., 2008).

A observação diagnóstica da condição de saúde da comunidade é direcionada pelas equipes de saúde da família, as quais pertencem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Ministério da Saúde, cujo objetivo é reorientar o SUS a partir da atenção básica à saúde. Estas equipes devem: identificar a realidade epidemiológica e sociodemográfica das famílias adscritas; reconhecer os problemas de saúde; identificar os riscos os quais a população está exposta; planejar o enfrentamento dos fatores desencadeantes do processo saúde/doença; atender aos objetivos programados; utilizar o sistema de referência e contra-referência; promover educação à saúde; melhorar o autocuidado dos indivíduos e incentivar ações intersetoriais para enfrentar os problemas identificados (COSTA; CARBONE, 2009).

O atendimento às famílias está norteado por atividades de promoção da saúde, e estas implicam no desenvolvimento de ações levando em consideração a subjetividade da população e reprodução social construída neste espaço ao qual a família pertence (GONDIM, 2009).

Este espaço constituído da formação familiar é um campo que necessita de estudos minuciosos para desenvolvimento das ações em saúde. Segundo Haesbert (2004) a dimensão espacial material das relações sociais e o conjunto de representações sobre o espaço é o que constitui, de forma integrada, o território.

O território possui acepções que envolvem conotações diferenciadas, tanto materiais quanto simbólicas. Etimologicamente, a palavra está tão próxima de terra – territorium, quanto de térreo-territor (terror, aterrorizar), tendo um envolvimento com

dominação (jurídica-política) da terra e com a inspiração do terror, do medo - especialmente para aqueles que o dominam. Ao mesmo tempo, o território possui diferentes combinações, funcionais e simbólicas, pois as relações de poder têm no espaço um componente indissociável na realização de funções e produção de significados (HAESBAERT, 2007).

E é justamente o entendimento integral do território que propiciará o conhecimento sobre as condições de infraestrutura, acessibilidades, barreiras, recursos sociais e características culturais que irão favorecer o trabalho efetivo da ESF frente às necessidades da atenção primária (ROSELLINE et al., 2008).

Para isso, as equipes de ESF deverão visar não somente as questões assistenciais, mas também o processo administrativo em saúde, para o desenvolvimento efetivo de seu trabalho em sua área de atuação. Essas ações são efetivadas através do conhecimento das famílias e da realidade existente na comunidade, utilizando a territorialização em saúde.

A territorialização é uma atividade preconizada pelo SUS, voltada para a identificação de problemas de saúde, uma vez que as equipes de saúde da família irão conhecer as características da população para direcionar as intervenções conforme as reais necessidades; estabelecer relações de vivência das fragilidades das pessoas e interagir-ser com a comunidade e suas famílias (CAMPOS, 2011).

Um dos pressupostos básicos do trabalho da saúde da família é a territorialização em saúde, que possui 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).

No entanto, a compreensão do território deve transpor as concepções de áreas geográficas construídas em torno do termo. Para Santos (1996), o entendimento do território é chamado de dimensão espacial do cotidiano, e o conhecimento deste, em uma dimensão diferenciada, norteia a compreensão das relações entre os sujeitos e o espaço, dando condição para o desenvolvimento de ações.

A concretização das ações e as práticas sociais, conduzidas por um entendimento diferenciado dos usos do território, podem revelar contextos

vulneráveis para a saúde e também possíveis contribuições para a tomada de decisão (MONKEN, 2003).

Tomando o território da saúde coletiva como ambiente de ações de saúde pública, é notória a necessidade de organizar o planejamento que vai direcionar as ações dos profissionais das equipes de saúde da família. O planejamento pode ser entendido como um método de se pensar ações, de organizar, de alcançar resultados e de efetivar metas estabelecidas (LANZONI et al., 2009). E um dos grandes desafios para a prática do planejamento em saúde está em articular o conhecimento da realidade numa abordagem ampliada da saúde, considerando a presença dos determinantes sociais e o território como um todo (TEIXEIRA, 2002).

Sabendo que todo este processo de trabalho implica numa relação sinérgica da equipe multidisciplinar que compõe as Estratégias de Saúde da Família, e o envolvimento desta no processo de trabalho assistencial e gestão da saúde em sua área de atuação, aponta-se a necessidade de observar e analisar como estas atividades estão sendo desenvolvidas frente à ótica holística generalizada da Atenção Primária à Saúde (APS).

Dentre vários aspectos de observação e avaliação do serviço da ESF, o estudo visou tomar pontos importantes para a gestão do trabalho das equipes de saúde da família. Desta forma, o objetivo do trabalho é verificar se o conhecimento dos enfermeiros e médicos das Estratégias de Saúde da Família sobre território e territorialização em saúde influencia no planejamento de suas atividades de atenção à Saúde.

Para melhor nortear a leitura, o estudo será apresentado a saber, em: Revisão de Literatura, Objetivos, Metodologia, Resultados e Discussão, Considerações Finais, Limitações do Estudo e Perspectivas.

A Revisão de Literatura situa o leitor nos diversos contextos que envolvem o estudo, esta dividida em três partes. A primeira apresenta a Atenção Primária à Saúde e Promoção da Saúde da Família, dentro de uma contextualidade histórica da saúde pública brasileira, destacando os precursores mundial e nacional do Sistema Único de Saúde (SUS). Um ponto a se destacar é a abordagem da organização da Atenção Básica à Saúde no desenvolvimento das Estratégias de Saúde da Família e o seu trabalho para o cuidado das comunidades. A segunda parte aborda a Territorialização em Saúde e sua dinamicidade no trabalho com as famílias. São

apresentados diferentes contextos que permeiam as múltiplas concepções de território e territorialização em saúde. A terceira parte o leitor compreenderá a importância do planejamento nas ações estratégicas de saúde da família entendendo as características e o perfil de planejamento na Atenção Primária à Saúde.

Em seguida são apresentados os Objetivos do estudo destacando as especificidades para nortear os problemas de pesquisa. Para melhor detalhamento do estudo, a parte Metodologia foi seccionada em oito partes (subseções) para melhores esclarecimentos do desenho do estudo, a saber: 1) abordagem do estudo; 2) tipo do estudo; 3) universo do estudo; 4) amostra; 5) estudo piloto; 6) coleta de dados; 7) aspectos éticos e 8) análise dos dados.

O capítulo Resultados e Discussão foi estruturado da seguinte forma: primeiramente apresenta-se os resultados quantitativos compreendendo a caracterização da amostra estudada; Tais dados foram analisados com o auxílio do software Sphinx Léxica versão 5.1.0.4. Em seguida são apresentados os resultados qualitativos obtidos através de entrevistados, organizados segundo a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2011).

Finalizando, são apresentados as Considerações Finais, Limitações do Estudo e Perspectivas. Sendo que, no primeiro momento, apresentam-se as convergências e divergências da territorialização em saúde, das equipes de Saúde da Família de Colatina-ES, no trabalho de planejamento da assistência e gestão em saúde. E por fim, são apontadas as dificuldades encontradas na realização da pesquisa, bem como apresentados alguns direcionamentos para novas pesquisas que deem continuidade a essa linha de investigação.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Atenção Primária à Saúde (APS) tomou rumos significativos a partir dos movimentos mundiais na busca da melhoria da saúde das populações. Um marco importante desse processo foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que aconteceu na cidade de Alma-Ata, situada na antiga União Soviética, em setembro de 1978. Ali foram discutidas as primeiras referências aos cuidados primários de saúde, apresentando como meta o tema “Saúde para todos no ano 2000” e, conseqüentemente, reforçando a importância à atenção primária à saúde (MENDES, 2004).

A Declaração de Alma-Ata apresenta dez elementos primordiais para a melhoria da saúde das populações, principalmente no que se refere à atenção básica. Dentre tais elementos, destaca-se a importância dos cuidados primários à saúde em alcançar universalmente os indivíduos e as famílias, tomando como foco primordial a saúde das comunidades. Para que isso seja efetivado, a aproximação das famílias deve ser a primeira instância a ser priorizada, ou seja, o contato com as pessoas, conhecendo o lugar de (con)vivência e trabalho dos sujeitos, para que sejam norteadas ações reais de cuidados essenciais à saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978).

Nesse contexto, observa-se a relevância de direcionar o olhar sobre o processo saúde/doença, não com uma abordagem reducionista fragmentada, mas como algo que transcende as barreiras anato-morfo-fisio-patológicas. Deve-se buscar entender os sujeitos e suas individualidades, compreendê-los em suas dimensões psíquicas, culturais e sociais, coletando dados importantes para a construção deste primeiro nível de aproximação, que começa dentro da própria família, dentro de seu território de convivência.

Pode-se afirmar que a Declaração de Alma-Ata foi um marco simbólico para a construção da visão sistêmica da saúde das comunidades, pois traz à tona a importância de se entender a dinâmica social e os diversos atores e cenários envolvidos em uma melhor condição de vida. Além de trabalhar a saúde para melhor qualidade de vida, a declaração de Alma-Ata, reafirma a saúde como direito de

todos e apresenta as obrigações governamentais para a promoção da saúde e igualdade dos cidadãos de um país.

Porém Zanchi e Zugno (2010) afirmam que as propostas de Alma-Ata tiveram dificuldades de implantação, tendo em vista o grande problema econômico dos países emergentes. As propostas são comprovadas a partir da conclusão de que a saúde contribui efetivamente para a qualidade de vida da população, da mesma forma que os diversos componentes sociais prejudicam a saúde das pessoas, entretanto, as mudanças sociopolíticas e econômicas que o mundo tem sofrido aumentaram as disparidades sociais.

O discurso da Declaração de Alma-Ata (1978) norteou ações para a melhor desenvoltura dos trabalhos em saúde no âmbito mundial, pois envolveu não somente a saúde no processo de mudanças, mas também a importância de mudanças sociais, políticas e econômicas para melhoria da qualidade de vida das pessoas e comunidades.

Pensar em qualidade de vida é pensar em vários fatores que envolvem a inter-relação, mais ou menos harmoniosa, que molda o cotidiano do ser humano e dentre estes fatores está a promoção da saúde, que pode ser considerada a ciência e a arte de ajudar as pessoas a modificarem seu estilo de vida para uma melhor condição de saúde, tendo em vista o conhecimento de suas necessidades e interesses, uma programação informativa, o desenvolvimento da conscientização seguido de estratégias e oportunidades para melhoria de seus estilos de vida (NAHAS; BARROS, FRANCALACCI, 2000).

Percebe-se, em tais colocações, que o processo de desenvolvimento social da saúde envolve diversos contextos, dentre os quais se destaca a promoção da saúde. Tomando a linha de pensamento sobre os precursores do atual sistema de saúde, e aqui em destaque a Atenção Primária à Saúde (APS), pode-se afirmar que outro evento marcante foi a Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em novembro de 1986.

Esta conferência, realizada na cidade de Ottawa, no Canadá, traçou novas orientações, que contribuíram com a melhoria da saúde de todos até o ano de 2000 e anos subsequentes, ou seja, teve bases nas discussões e progressos alcançados pela Declaração de Alma-Ata, além de documentos da Organização Mundial de Saúde sobre a Saúde para Todos. Porém, seu maior objetivo foi o destaque para a

saúde nos países industrializados, focando a importância dos padrões socioeconômicos, políticos e culturais sobre as condições de saúde (CARTA DE OTTAWA, 1986; FORTES, 2002; COSTA; CARBONE, 2009). A conferência de Ottawa pode ser considerada uma resposta às expectativas por uma nova saúde pública, e somou no direcionamento de vários outros movimentos de saúde que vinham acontecendo no mundo.

A promoção da saúde, orientada pela Carta de Ottawa, é um importante processo de capacitação e envolvimento da comunidade para o desenvolvimento de sua melhoria de qualidade de vida e saúde. E, para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Destaca, ainda, a Carta, que a saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver (CARTA DE OTTAWA, 1986).

A saúde é constituída como o principal bem do ser humano e, a partir dela, é possível obter qualidade de vida e bem-estar em nível individual e coletivo. Porém, mensurar o estado de saúde torna-se uma tarefa complexa, tendo em vista as inúmeras variáveis individuais, coletivas, sociais, políticas e econômicas. Visto de modo subjetivo, o conceito de saúde reflete os padrões culturais dos indivíduos e populações. Entretanto, deve-se ter consciência de que existem vários conceitos de saúde, sendo, portanto, mais difícil defini-la do que a doença (ZANCHI e ZUGNO, 2010).

Tendo em vista os diversos padrões culturais dos indivíduos e/ou comunidades, merecem destaque, no âmbito da saúde coletiva, os direcionamentos governamentais para a construção das políticas públicas saudáveis. Destarte, vem à tona outro foco da Carta de Ottawa: para a promoção da saúde as ações transcendem os cuidados de saúde e passam a estar na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, apontando a importância de suas responsabilidades no desenvolvimento da política de saúde (CARTA DE OTTAWA, 1986).

No Brasil, o direito à saúde foi consolidado pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo número 196, que apresenta a saúde como direito de todos e dever do Estado, sendo garantida por políticas sociais e econômicas que visam a universalidade ao acesso e ao atendimento igualitário de serviços e ações de

promoção, proteção e recuperação, nascendo, assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

Para enaltecer esse importante momento do direito à saúde no Brasil, é preciso voltar um pouco no tempo para que se entenda o processo.

Na década de 1980, a saúde estava passando por uma fase de reviravolta necessária para que pudesse promover a reversão do modelo assistencial dicotomizado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social - o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Era um sistema de saúde centralizado no governo federal e longe de ser justo, pois atendia somente parte da sociedade formalmente empregada. Propunha-se, então, um sistema de saúde universal, descentralizado e integral (ARCHANJO; ARCHANJO; SILVA, 2007).

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira surgiu em meio à ditadura militar, composto por brasileiros que se constituíram críticos do sistema de saúde que existia, sugerindo uma nova organização. A reforma tinha como objetivo reverter a tendência histórica da saúde, fundamentada em três características: a) a dicotomia entre as ações preventivas e curativas que marcava o afastamento entre as ações de promoção, proteção e recuperação de saúde; b) a negligência quanto à universalização que determinou um período em que somente algumas pessoas tinham direito de acessar os serviços, realizados por médicos, que atendiam apenas os que podiam pagar; e c) o restante da população era submetido às instituições de caridade sustentadas pela Igreja ou por doações. Por último, a centralização dos serviços de saúde foi crescendo e excluindo a participação popular das decisões vigentes (FRAIZ, 2007).

Um marco importante dessa Reforma foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em Brasília no ano de 1986 e contou com a participação de aproximadamente cinco mil representantes dos diversos setores, entre eles estavam profissionais da saúde, governo e usuários dos serviços. Prevaleram na Conferência as ideias da Reforma Sanitária, com o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença e findou sinalizando para a construção de um Sistema Único de Saúde (ARCHANJO; ARCHANJO; SILVA, 2007).

O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) mostra alguns pontos dentro do tema Saúde como direito, influenciando mais tarde a construção do SUS, como:

1 Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, os resultados das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

2 Saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico em determinada sociedade, em um dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

3 Direito a saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seu níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986, p. 4).

Tomando como base os resultados da VIII Conferência Nacional de Saúde, iniciaram-se dois processos: um no executivo, relativo à implantação de um Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), e outro no Congresso Nacional, a elaboração da Constituição de 1988, que incorporou um conjunto de conceitos, princípios e diretivas, reorganizando-os na nova lógica referida pelos princípios da Reforma Sanitária. Nela, a saúde é considerada um resultado das políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, tendo suas ações providas por um Sistema Único de Saúde, cujos princípios são a integralidade, equidade e universalidade, ao mesmo tempo em que o art. 199 mantém a liberdade da iniciativa privada (ZANCHI e ZUNGO, 2010).

Tais mudanças constitucionais abarcam melhorias para o direcionamento das políticas públicas de saúde, bem como o desenvolvimento social do direito à saúde. Motivam, ainda, o desenvolvimento de outras áreas da saúde, como a de serviços, a formação de profissionais e as ações assistenciais individuais e/ou coletivas. Destaca-se que a promoção da saúde como ferramenta básica que norteia mudanças de ações e comportamentos, refletirão na qualidade de vida dos indivíduos e comunidades.

A promoção da saúde, desde o início de suas discussões, representa uma estratégia que auxilia e também melhora o processo de saúde e prevenção de doenças, com objetivo de unificar saberes técnicos e populares, mobilizar recursos institucionais, comunitários, públicos e privados para benefício próprio da sociedade, promovendo, assim, uma melhoria na vida comunitária (BUSS, 2000).

No âmbito das políticas públicas de saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) torna-se a principal precursora de trabalho para a promoção da saúde, uma vez que se torna a estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, favorecendo a reorientação do processo de trabalho e aprofundando suas ações nos princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica de saúde. Uma das fundamentações básicas dessas diretrizes está no processo de coordenação de ações integrativas, programáticas e demanda espontânea, objetivando a promoção da saúde, a prevenção de agravos, a vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado em prol da autonomia dos usuários e coletividades (BRASIL, 2012b).

2.1.1 A Saúde da Família: uma estratégia para o cuidado das comunidades

A saúde da família é direcionada, dentro da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como um importante foco para nortear as ações de saúde nas comunidades. Pode ser considerada uma proposta de direcionamento dinâmico para a atenção primária (BARBOSA; DIAS, 2008)

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, assegurando a tal população, a referência e a contra-referência para os diferentes níveis do sistema de saúde (PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2001).

Assim, foi criada a ESF, que é tida como política de reorientação do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-se a estratégia prioritária para a efetivação das ações de promoção e das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2007a).

A atual configuração da ESF é resultado de um processo histórico muito recente, construído efetivamente ao longo das últimas décadas. Tal configuração

tem características alcançadas por vários processos construídos de contextos históricos que o Brasil vivenciou.

Para se chegar à atual configuração das Estratégias de Saúde da Família vários processos de desenvolvimento e aprendizado foram necessários, os quais nortearam as políticas de saúde coletiva. O Ministério da Saúde, diante de discussões para mudanças políticas na saúde, na década de 1970, tomou as experiências de ampliação de centros de serviços de saúde tradicional, como projetos realizados em Vitória de Santo Antão (PE), Rio de Janeiro (RJ), Teresina (PI), São Luís (MA) e, principalmente, a experiência com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), formando importantes bases para a construção de uma nova política de saúde comunitária (FALK, 2004; MENDES, 1993).

O PIASS direcionava suas ações recrutando trabalhadores (não qualificados) na comunidade e estabelecia parcerias com pastorais da saúde e da criança, para o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

Tais experiências trouxeram vários aspectos importantes para o direcionamento de ações coletivas, as quais cobririam uma grande área de atuação do trabalho em saúde. Em 1991, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerado uma estratégia transitória para o estabelecimento de vínculos entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 2001a).

O PACS foi uma experiência bem sucedida de ações voltadas para as famílias. Iniciou no Nordeste brasileiro e foi crucial para a o desenvolvimento do Programa Saúde da Família. Na época, havia um vazio programático para a questão assistencial no SUS e o atrativo político que um programa desta ordem poderia representar, mesmo para um governo de cunho neoliberal, direcionava incentivos financeiros que geravam contratação de equipes para uma medida operacional de reordenamento da atenção básica à saúde¹ (CONILL, 2008).

Em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), o qual representou uma mudança profunda do modelo assistencial, pois, além de incorporar e ampliar a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), priorizou as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e família,

¹ A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes (BRASIL, 2012b).

principalmente para as populações de maior vulnerabilidade social (BRASIL, 2001b; GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2009).

O objetivo do PSF é a atenção centrada na família, a ser entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, compreendendo-se, de forma ampliada, a ótica do processo saúde-doença, conduzindo, assim, à prática assistencial de forma diferenciada e reorganizada (BRASIL, 2001b).

Em 1997, o PSF passa a ser designado como estratégia para a consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) e do Sistema Único de Saúde (SUS), com a seguinte proposta: “Estratégia de Saúde da Família propõe novas práticas sanitárias, centradas nos princípios do SUS e, conseqüentemente, a reformulação dos conceitos de saúde, doença, população, território e práticas” (ESPÍRITO SANTO, 2008, p. 11).

Porém, somente em 2006 a designação estratégia foi mais bem descrita e efetivada. Sendo assim, o PSF deixou de ser programa e passou a ser uma estratégia permanente na atenção básica em saúde, justamente porque o programa possui tempo determinado e a estratégia é permanente e contínua. Desse modo, passou a ser denominado de Estratégia da Saúde da Família (ESF). Esta implantação é consolidada com o lançamento do Pacto pela Saúde (2006) que se direciona em três vertentes: a) pacto pela vida; b) pacto em defesa do SUS e c) o pacto de gestão (DALPIAZ; STEDILE, 2011; BRASIL, 2006c).

Em 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cujo escopo é apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização e a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil. Este núcleo possui uma equipe, formada por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atua em conjunto com os profissionais das equipes de ESF (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010b).

As equipes de Saúde da Família são compostas por, no mínimo, um 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, 2012b).

Cada equipe possui a responsabilidade pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil pessoas de uma determinada área, sendo a média recomendada de três mil, respeitando-se critérios de equidade para essa definição, e estas equipes passam a ter a corresponsabilidade no cuidado à sua saúde (BRASIL, 2012b).

As referidas equipes têm diversas atribuições que convergem para a efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, sendo de fundamental importância para a estruturação dos serviços saúde e, principalmente, na promoção de mudanças significativas no modelo de assistência às famílias.

O Pacto pela Saúde de 2006 reafirma esse compromisso com a população, não somente apoiando o trabalho dos profissionais das ESF, mas, principalmente, municinando a gestão em saúde no fortalecimento da Atenção Primária – “Assumir a estratégia de saúde da família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção primária, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco regionais” (BRASIL, 2006b, p.12).

O conhecimento dessas diferenças locais e regionais traz à tona, à guisa de discussão neste estudo – O território e a territorialização em saúde. Discutir território não somente em uma concepção geográfico-política, mas conhecer o território na ótica de um território-processo, onde existe a (con)vivência da(s) família(s).

Entender o território é um passo básico para a caracterização da população, pois se reconhece não somente suas características culturais, mas também seus problemas de saúde, bem como possibilita avaliar o impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre o serviço de saúde orientado por categorias de análise de cunho geográfico. Esse reconhecimento é norteado pelas condições criadas no espaço de produção, circulação, residência, comunicação para o exercício da política e das crenças, para o lazer e como condição de vida (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Sendo assim, o trabalho das equipes de SF envolve vários aspectos organizacionais importantes para a efetivação dos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade propostos pelo SUS, além das diretrizes organizacionais, as quais incluem a regionalização das ações em saúde.

Tais diretrizes orientam para o processo de descentralização das ações de serviços, descrito no Pacto pela Saúde 2006, norteando o eixo estruturante de uma

das três dimensões – o Pacto de Gestão do SUS, que aponta a regionalização e descentralização do SUS a partir da proposição de diretrizes que permitem uma diversidade operativa de respeito às singularidades regionais e reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas (BRASIL, 2006b).

Conhecer as famílias, ou seja, conhecer um território-singular é o grande norte do trabalho da ESF, pois o entendimento destas, a partir de seu ambiente físico, cultural e social, abarca processos importantes que efetivarão a promoção da saúde e, conseqüentemente, ações de desenvolvimento da comunidade.

Segundo o Ministério da Saúde, as diretrizes operacionais da ESF são: caráter substitutivo, complementaridade e hierarquização; adscrição da clientela; cadastramento; instalação das unidades de Saúde da Família; composição das equipes e atribuições das equipes (BRASIL, 1997). Tomando o item - adscrição da clientela, cada equipe de ESF é responsável por uma população adscrita², em uma área de abrangência definida e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento das famílias residentes (BRASIL, 1997; BRASIL, 2001b).

A Unidade de Saúde da Família deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade. Uma unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculado (BRASIL, 1997).

Os serviços de saúde devem organizar-se com uma base territorial, comprometidos com a população que vive nela. Esse princípio se baseia no fato empírico de que há uma relação inversa entre a utilização de unidades ambulatoriais e a distância do local de residência da clientela (ARTMANN; RIVERA, 2003; ESPÍRITO SANTO, 2008).

Destaca-se, então, o processo de territorialização em saúde, o qual apresenta diversas vertentes de análise, mas todas elas convergem para a importância da organização e o planejamento das atividades da equipe de saúde para a qualificação do atendimento das comunidades.

² Adscrição: do Lat. *adscriptiones*. f., aditamento, adição ao que está escrito. Territorialização e adscrição da clientela significa que trabalha – se com território de abrangência definido. Adstrição: (ADSTRITO) do Lat. *Adstrictu* adj., apertado, ligado; sujeito; contraído. (ARTMANN; RIVERA, 2003; ESPÍRITO SANTO, 2008).

O Ministério da Saúde, dentro da Política Nacional de Atenção Básica (2012), no que se refere à territorialização em saúde, destaca que cada equipe de atenção básica, e aqui se incluem as equipes de ESF, deve:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
 - Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
 - Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
 - Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
 - Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessitar de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- (BRASIL, 2012b, p.43 e 45).

Além dessas atribuições, a equipe de SF possui diversas outras atividades que norteia o trabalho de assistência às famílias. O foco aqui apresentado estará direcionando o olhar sobre a contextualidade do território e territorialização em saúde.

Segundo Monken e Barcellos (2005), a territorialização de atividades de saúde vem sendo preconizada por diversas iniciativas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como na Estratégia de Saúde da Família, porém, se reduz ao conceito de espaço, sendo utilizado de forma meramente administrativa, para a gestão física dos serviços de saúde, não observando o potencial para identificação de problemas de saúde e propostas de melhorias da assistência.

Nesse contexto, discutir a territorialização em saúde traz à tona a importância de entender a comunidade a partir de uma ótica holística, buscando compreender seu(s) território(s) em uma visão ampliada, transpondo as 'barreiras geográficas' e mergulhando nas dimensões individuais, sociais e culturais; mostrando que a territorialização em saúde engendra não somente os processos de organização territorial, mas também norteia processos importantes para a qualificação da assistência e promoção da saúde.

2.2 TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE: A DINAMICIDADE DO TERRITÓRIO NA ORIENTAÇÃO DO TRABALHO COM AS FAMÍLIAS

A territorialização em saúde, na Atenção Primária à Saúde (APS), é apresentada como elemento fundamental no processo de reconhecimento da realidade local para o entendimento e consideração das singularidades dos sujeitos, compreendendo sua complexidade dentro de seus aspectos socioculturais envolvidos na vivência comunitária (ESPÍRITO SANTO, 2008).

Desde modo, percebe-se que a territorialização em saúde perpassa contextos de trabalhos das equipes de ESF e direciona ações integrais que impactem na situação de saúde das comunidades, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Sendo assim, a PNAB afirma que o exercício dessas práticas de cuidado e gestão deve ser trabalhado em equipe, dirigido à população de territórios definidos. E mais: essas equipes deverão se municiar de tecnologias do cuidado (complexas e variadas) que norteiem as necessidades de saúde de maior relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento, devem ser acolhidos (BRASIL, 2012b).

Observa-se que tal discurso envolve a distinção de um território definido, ou seja, o território em uma contextualidade de área geográfica pré-determinada, onde as equipes de Saúde da Família possam desenvolver suas ações. Essas equipes estão alocadas e estruturadas em Unidades de Saúde da Família (USF), e estas, por sua vez, assumem a responsabilidade por uma população de determinada área, a ela vinculada. Este trabalho se baseia em vários princípios da SF, e dentre eles está o princípio de territorialização e adscrição da clientela, onde a equipe cadastra e acompanha a população da referida área de abrangência (BRASIL, 2001b).

O escopo das ações assistenciais e o direcionamento da rede de serviços baseiam-se na delimitação de uma região, pensando no processo de abrangência de uma área geográfica. Tal ponto da territorialização reforça a estratégia de resolutividade e destaca a regionalização em saúde (BRASIL, 2010a).

A regionalização da saúde, assim como a descentralização das ações e serviços, entrou como diretriz organizacional e doutrinária desde a construção do SUS com a Constituição de 1988 (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2001; BRASIL, 1988).

Gondim et al. (2009) citam que a regionalização proposta inicialmente como instrumentos infraconstitucionais, foi uma estratégia racionalizada de organização dos serviços para orientação de níveis de complexidade tecnológica, orientados por áreas geográficas, com populações definidas. Tal pretensão conta com orientação do arranjo administrativo-gerencial para o atendimento integral dos sujeitos em todos os níveis de atenção do sistema – primário, secundário e terciário.

A regionalização é reafirmada como diretriz do SUS e orientada no Pacto de Saúde criado na atualização das políticas de saúde pela Portaria GM/MS n. 399 (BRASIL, 2006b). A regionalização é considerada uma importante ferramenta de elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) nos estados brasileiros, contextualizando o processo administrativo para a gestão dos níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2007a, BRASIL, 2006b).

A diversidade de pequenas municipalidades que existem no país inviabiliza a oferta de serviços de alta e média complexidade, necessitando, assim, de consensos e estratégias para o direcionamento da regionalização; sendo importante, o intercâmbio de serviços entre cidades próximas e também em divisas interestaduais, estabelecendo soluções fundamentais na superação das restrições de acesso aos serviços de saúde, ampliação da capacidade de atendimento e melhorias do processo de descentralização (BRASIL, 2009).

A descentralização e a regionalização andam juntas no processo de ordenamento da atenção à saúde e o PDR torna-se um importante instrumento de organização na lógica do planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades, intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, de modo a aperfeiçoar os recursos disponíveis (BRASIL, 2013).

A regionalização, mesmo tendo diversos critérios, e estes não sendo definitivos e únicos, confere o entendimento, de uma forma geral, de espacialidade e seus limites. Os termos espaço, lugar, território e desenvolvimento são abordados por diversos autores em uma conjuntura norteadada pelo dinamismo da globalização e para funcionalidade do capitalismo (ESPÍRITO SANTO, 2011).

As várias abordagens de espaço e território nos levam a buscar descrições objetivas que se refletem no estudo da territorialização. Se nos municiarmos dessas

informações e dos diversos olhares sobre os termos, teremos contextos norteadores para a visão integrada do território em suas múltiplas configurações.

Segundo Santos (1996), o espaço está relacionado com o dinamismo das regiões e este se define na utilização do território pelo povo. Observa-se que o espaço construído simplesmente transcende a uma configuração delimitada e envolve a historicidade construída pelas pessoas que estão ocupando. Em outras palavras, espaço e território são coisas distintas, conforme explica Raffestin (1993):

Espaço e território não são termos equivalentes ([...]). É essencial compreender bem que o espaço é anterior ao território. O território se forma a partir do espaço, é resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível." (RAFFESTIN, 1993, P. 14).

Massey (2008) entende 'o lugar' como um território integrador de relações criado a partir do encontro de trajetórias instaladas por inter-relações pessoais. Santos (1999), por sua vez, prefere a expressão geografia do lugar, ou seja, a observação do território como ambiente formado de fluxo de pessoas e objetos fixos, representados pelas estruturas edificadas que promovem a construção de um lugar.

Todos vivem em um espaço geográfico, desenvolvem suas vidas em lugares que são também territórios. Apesar dos muitos conceitos ou representações que possa ter, o território está sempre relacionado a uma área delimitada onde a vida acontece submetida a certas inter-relações, regras ou normas. E é nesse território que as relações de poder e domínio se manifestam, seja de caráter administrativo, gerencial, econômico, político, cultural, religioso ou outros (MONKEN; BARCELOS, 2007).

Os territórios são, portanto, espaços e lugares construídos socialmente. São muito variáveis e dinâmicos e a sua peculiaridade mais importante é a de ser uma área de atuação, de fazer e de responsabilidade de diversas ações (MONKEN; BARCELOS, 2007).

Um ponto importante dessas concepções não é somente como se define o território, mas, principalmente, como é a ótica lançada sobre o território e o olhar para as relações dos indivíduos com o seu lugar.

Em uma visão mais culturalista, Haesbaert (2011) apresenta o território como um produto de apropriação resultante da identidade social sobre o espaço, ou seja, uma dimensão mais simbólica e identitária dos grupos sociais com o seu lugar. Essa

concepção apresenta três vertentes básicas, a saber: a) política-jurídica – possui relações de poder, um espaço delimitado e controlado através de um determinado poder político do Estado; b) econômica – enfatiza as relações econômicas, sendo o território como relação de capital-trabalho e c) culturalista – a dimensão simbólica e relacional do grupo com seu espaço de convivência.

Em relação à vertente política-jurídica de Haesbaert (2011), observa-se que a concepção de território e consequente territorialização nos documentos do Ministério da Saúde, e principalmente voltados para Atenção Básica à Saúde, envolve uma perspectiva de apropriação de espaço delimitado, controle e responsabilidades de atuação. O primeiro princípio da Atenção Básica em saúde é:

Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade (BRASIL, 2012b, p.20).

A PNAB ainda reforça a necessidade de estimular a participação dos usuários na construção do cuidado à sua saúde, das pessoas e da coletividade na área deste ‘território’. As atribuições de cada profissional das equipes de Saúde da Família são necessárias para esta concepção de atuação. Em observação a essa prática, tal política reforça, de forma geral, que todos os profissionais devem manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação, utilizando uma sistematização de dados que considere aspectos sociais, econômicos, culturais, demográficos e epidemiológicos desse ‘território’ (BRASIL, 2012b). Observa-se que o trabalho dos profissionais envolve um processo de saberes frente às relações econômicas e relações de trabalho, como citado na fala de Haesbaert (2011), uma vez que, mesmo frente a uma enorme diversidade de perspectiva, o território ganha uma ampla discussão no campo das questões políticas e econômicas.

Esse autor lembra que todo território é, obrigatoriamente, em diferentes combinações funcionais e simbólicas, o exercício de domínio sobre o espaço, tanto para realizar “funções” quanto para a produção de “significados”³ (HAESBAERT, 2004).

³ Grifo do autor

O território, em uma perspectiva integradora, é constituído pelo conjunto das experiências individuais, ou, em outras palavras, da relação de domínio e apropriação do espaço, tomando elementos-chave responsáveis por relações que são modificadas ao longo do tempo, definindo o território, antes de tudo, construído a partir de referências pessoais nas relações sociais (HAESBAERT, 2011). O território enquanto “continuum” de um processo de apropriação, envolve a territorialização e esta deve ser trabalhada na multiplicidade de suas manifestações, tanto de poderes, quando na miscelânea de sujeitos envolvidos na construção do território, quanto de sua territorialização (HAESBAERT, 2004).

Nas orientações já apresentadas sobre as diretrizes e as políticas de Saúde da Família e Atenção Primária à Saúde, a concepção de território é puramente direcionada em uma vertente organizacional política, além de apontar ações relacionais de capital de trabalho, principalmente no que se refere às relações dos profissionais de saúde com o trabalho nas comunidades.

Segundo Costa e Carbone (2004), as funções das equipes de Saúde da Família são as de identificar a realidade epidemiológica e sociodemográfica das famílias adscritas; planejar o enfrentamento dos fatores desencadeantes do processo saúde/doença; reconhecer os problemas de saúde e identificar os riscos aos quais a população está exposta e direcionar ações para a melhoria da qualidade de vida dessa comunidade.

Resta e Motta (2005) expõem que, para se entender o novo paradigma de saúde, deve se estabelecer a inserção da família em harmonia com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), os quais deverão proporcionar estratégias de cuidado para a melhoria do quadro de saúde da sociedade. De forma tímida, a PNAB cita que as práticas de cuidado e gestão dentro das ESF devem ser realizadas tomando ações democráticas e participativas, considerando a dinamicidade existente no território (BRASIL, 2012b).

Frente a estes conceitos atribuídos às equipes de Saúde da Família pelo Ministério da Saúde, percebe-se que o processo de efetivação do trabalho em saúde com as famílias será mais bem orientado a partir do momento em que se entende o território em uma dimensão mais simbólica; se compreende os sujeitos e suas singularidades, em uma visão holística de seu envolvimento, apropriação e valorização de seu espaço vivido, gerando, assim, a integração dos profissionais de

saúde para se trabalhar a promoção e a melhoria da qualidade de vida das populações.

Em todo o Brasil se faz necessária uma análise qualitativa das atividades das ESF, em particular quanto às práticas de saúde e aos processos de trabalho do cotidiano das equipes. Em julho de 2011 foi criado o Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o qual procura induzir a ampliação da capacidade das gestões federal, estaduais e municipais para que ofereçam serviços que assegurem maior acesso e qualidade do trabalho na atenção básica (BRASIL, 2011b). Por este instrumento de avaliação ser muito recente, fica difícil o direcionamento de uma avaliação da qualidade das atividades da Atenção Básica.

Com a expansão das ESF observa-se que houve um favorecimento dos princípios do SUS de equidade e universalidade, uma vez que as equipes foram implantadas em comunidades antes restritas quanto ao acesso aos serviços de saúde. Porém, o princípio da integralidade, que se caracteriza pela assimilação das práticas preventivistas e das práticas assistenciais, seguindo por educação em saúde do indivíduo e de suas coletividades, fazendo necessária a avaliação das práticas de saúde e os processos de trabalho cotidianos (ALVES, 2005).

Portanto, quando se fala em territorialização em saúde, o termo, em si, perpassa a simples configuração geográfica do território e invade limites importantes para a efetivação do trabalho das equipes de saúde da família em suas ações assistenciais cotidianas. Pereira e Barcellos (2006) apresentam os pressupostos básicos da territorialização em saúde, que, além da demarcação de áreas de trabalho, envolve também o reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social.

Teixeira et al. (1999) reforçam que a territorialização do sistema de saúde abrange o reconhecimento e o esquadramento do território, tendo como lógica as relações entre a condição de vida, o ambiente e o acesso às ações e aos serviços de saúde.

A partir destes aspectos observa-se a importância de se compreender o território e a territorialização em saúde numa configuração mais ampliada do próprio termo, direcionando-o, assim, a práticas de saúde, tanto no âmbito assistencial quanto em aspectos organizacionais. Por intermédio da utilização da categoria

território, o planejamento da vigilância em saúde pode ampliar seu campo de atuação formal sobre o espaço e, por sua vez, orientar modificações importantes para a dinâmica das relações sociais (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Esses autores ainda afirmam que:

[[...]] a escala geográfica operativa para a territorialização emerge, principalmente, dos espaços da vida cotidiana, compreendendo desde o domicílio (dos programas de saúde da família) a áreas de abrangência (de unidades de saúde) e territórios comunitários (dos distritos sanitários e municípios). Esses territórios abrangem, por isso, um conjunto indissociável de objetos cujos conteúdos são usados como recursos para a produção, habitação, circulação, cultura, associação e lazer (MONKEN; BARCELLOS, 2005, p. 901).

Os pontos aqui apresentados mostram-se como convite a uma reflexão diferenciada do território, da territorialização da saúde e seus processos. Esses agem como guisa norteadora do trabalho das equipes de ESF na efetivação de seu planejamento assistencial e organização das atividades de vigilância e promoção em saúde. Afirmam Gondim et al. (2009) que o processo de territorialização em saúde é um elemento fundamental da vigilância em saúde e, somado às suas práticas e problemas sanitários, constitui uma importante ferramenta para o direcionamento do planejamento estratégico situacional das atividades de saúde coletiva.

2.3 PLANEJAMENTO EM SAÚDE NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

As ações de saúde requerem processos de trabalho sistemático e organizacional, uma vez que precisam ofertar um trabalho qualificado, não somente focado para a assistência, mas também nos aspectos gerenciais do trabalho com as famílias e comunidades.

Na Atenção Primária à Saúde (APS) e, especificamente, nas Estratégias de Saúde da Família, o trabalho é direcionado por uma equipe multidisciplinar, que possui, entre as atribuições específicas de cada profissional, as atribuições comuns a todos os membros dessa equipe. Entre elas estão:

- a) Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- b) realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- c) realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- d) praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das

coletividades e da própria comunidade; e) identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; f) realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais; e g) realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis. (BRASIL, 2012b, p. 43).

Dentre tantas outras atribuições comuns a todos os membros da equipe de atenção básica, aquela que apresenta um caráter de organização e gestão do trabalho das equipes para a efetivação de suas ações tanto no cuidado individual quanto em ações coletivas está o planejamento e a avaliação do serviço.

No tema proposto, observa-se a gama de atividades que convergem para a identificação de problemas, planejamento de trabalho e direcionamento de ações de possíveis resoluções de agravos de saúde não somente no âmbito individual, mas, principalmente, no espectro que envolve toda comunidade.

Grande parte dos problemas enfrentados no desenvolvimento das ações de saúde é originária do planejamento e administração dos serviços. A resolubilidade operacional torna-se uma base importante, pois direciona a gerência, a gestão, a organização tecnológica, os modelos assistenciais e a avaliação em saúde (SCHRAIBER et al., 1999).

Segundo Lanzoni et al. (2009), o processo de planejamento das ações em saúde é de grande importância, pois sistematiza o processo de trabalho da organização e serviços do setor de saúde e se reflete na qualidade da assistência aos usuários do serviço.

A qualidade da assistência nas Estratégias de Saúde da Família fica a cargo das equipes que trabalham diretamente com as famílias. Nestas equipes os profissionais enfermeiros e médicos são os responsáveis por realizar, nas equipes básicas, não somente a assistência integral aos indivíduos e à família, mas toda estratégia de organização do trabalho em saúde. Os profissionais enfermeiros também direcionam o planejamento, a gerência, a coordenação das atividades desenvolvidas pelos ACS, além de direcionarem o trabalho de assistência conforme protocolos e outras normas técnicas preestabelecidas. Os profissionais médicos, além de suas atribuições assistenciais, também são responsáveis, em conjunto com o enfermeiro, pela participação no gerenciamento dos insumos necessário para o adequado funcionamento da Unidade de Saúde da Família (BRASIL, 1997; BRASIL, 2006b).

Tais atribuições reforçam a importância de compreender os diversos territórios que compõem uma comunidade. O conhecimento e a categorização destes ajudam na efetiva prática de planejamento de ações da vigilância em saúde, uma vez que envolvem, não somente os profissionais da equipe da ESF, mas toda a comunidade.

A vigilância em saúde extrapola o conjunto de profissionais de saúde. Ela incorpora novos sujeitos envolvendo toda a população em uma organização de trabalho, que amplia o objeto de trabalho, abarcando vários determinantes clínicos epidemiológicos, tanto no âmbito individual, quanto no coletivo e suas determinações sociais (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Gondim et al. (2009) afirmam que um dos elementos da operacionalização da vigilância em saúde é a territorialização em saúde e, para a efetivação desta, o planejamento é uma importante ferramenta.

Para o desenvolvimento do planejamento em saúde é preciso reconhecer não somente a estrutura geográfica do lugar, mas, principalmente, as pessoas da comunidade e a sua história. Esses que são atores importantes na rede de relações sociais envolvidos em diversos contextos e entre eles a saúde das coletividades.

Tancredi, Barrios e Ferreira (1998) conceituam que planejar seria: a arte de elaborar o plano de um processo de mudança; o qual aglutina conhecimentos práticos e teóricos ordenados de forma que possibilite a interação com a realidade, a fim de programar estratégias e ações necessárias para alcançar objetivos.

Na concepção de saúde comunitária, o direcionamento das estratégias de trabalho e ações de saúde voltam-se para o conhecimento da comunidade de forma sistêmica, entendendo a pluralidade que envolve as pessoas em seu território, norteando a territorialidade. Para Haesbaert (2004) a territorialidade apresenta certa conotação abstrata, pois possui um sentido ontológico enquanto “imagem” ou símbolo de um território, pois independe da concepção do território, seja ele como dominação (material) ou como apropriação (simbólico), a complexidade do termo mergulha nas “multiterritorialidades”.

Pode se dizer que a territorialidade é um dos princípios da vigilância em saúde; uma vez que todo processo de trabalho em saúde deve estar imerso no contexto do território, trançando metodologias para a definição de problemas e o

levantamento de um conjunto de prioridades inerentes às necessidades de saúde da comunidade, considerando suas especificidades (CAMPOS, 2003).

Na identificação de problemas é preciso direcionar metodologias para uma melhor efetivação do planejamento em saúde. Segundo Kurcgant, Ciampone e Melleiro (2006), esse planejamento, como instrumento gerencial e assistencial, constitui uma importante ferramenta para a efetivação da missão organizacional em saúde e que os profissionais envolvidos nesse trabalho, são os detentores de conhecimentos para o direcionamento de planejamento em uma visão sistêmica, a qual possui a organização em três níveis hierárquicos: planejamento tático, planejamento operacional e planejamento estratégico.

O planejamento tático é uma metodologia administrativa que tem por finalidade aperfeiçoar determinada área de resultado de uma organização, visando a uma situação futura desejada. Seu objetivo é direcionar determinada área de resultados e não a organização como o todo, uma vez que norteia a decisão tática de uma unidade organizacional (OLIVEIRA, 2009).

O planejamento operacional é proposto para atividades desenvolvidas em curto prazo e tem o objetivo de atingir resultados específicos. Acaba sendo um desdobramento do planejamento tático, uma vez que estabelece o que será feito e como será feito, no nível operacional da organização (KURCGANT; CIAMPONE; MELLEIRO, 2006).

O planejamento estratégico é um processo de formulação de estratégias organizacionais importantes na orientação de ações e para a efetivação da missão no ambiente em que está atuando (CHIAVENATO; SAPIRO, 2004). Este tipo de planejamento identifica os fatos atuais e projeta os passos a serem dados, na organização do serviço. Tendo como base um diagnóstico prévio, o planejamento estratégico busca antecipar os possíveis problemas futuros, aperfeiçoar o serviço tomando seus pontos positivos e adaptar às mudanças necessárias para o crescimento organizacional (LANZONI et al., 2009).

Pesquisa realizada por Lanzoni et al. (2009), que fizeram um levantamento sobre publicações feitas de 2000 a 2007 sobre os planejamentos em saúde, demonstrou que existe uma indicação de mudanças na orientação do processo de planejamento, evidenciando uma transição do modelo tradicional, ou seja,

normativo, ancorado no paradigma positivista, para o processo de planejamento estratégico ou participativo.

Segundo Rivera e Artmann (2010), há dois estudiosos que se destacam na área de planejamento estratégico: Testa (1987) e Matus (1993). Esses autores consideram que o planejamento é a maximização de recursos econômicos abstratos, surgindo, assim, várias vertentes do planejamento estratégico articuladas com o processo interativo.

Dentre os vários conjuntos de vertentes do planejamento estratégico destaca-se, aqui, o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Refere-se a um método de planejamento por problemas e trata, principalmente, dos problemas mal estruturados e complexos, para os quais não existe solução normativa ou previamente conhecida, como no caso daqueles bem estruturados (ARTMANN, [ca. 2000]). Esse modelo de planejamento surgiu na década de 1970 e foi criado pelo ex-ministro de planejamento chileno do governo Allende, Carlos Matus. Conforme suas próprias palavras, o método PES nasceu de uma reflexão crítica do sistema tradicional de planejamento e propôs um método alternativo que levasse em conta o caráter situacional e estratégico para lidar com as particularidades da organização (DAGNINO, 2009).

Para Melleiro, Tronchin e Ciampone (2009), o Planejamento Estratégico Situacional (PES) é considerado um importante instrumento no processo de trabalho gerencial, tanto no âmbito da intervenção, quanto no de avaliação dos serviços de saúde, uma vez que o método possibilita a explicação do problema, a partir da visão do ator que o declara; a identificação das possíveis causas e a busca de diferentes modos de abordagens para a proposição de soluções.

O PES, enquanto análise situacional de problemas norteia aspectos importantes para o estabelecimento de nexos ou transversalidades, sendo importante ferramenta para envolver as diversas redes. Tendo esses pontos como destaque, a escola da vigilância à saúde defende o uso do PES, de modo a superar a visão arcaica de programas verticais e promover um sistema em rede, que articule a promoção da saúde (RIVERA; ARTMANN, 2009).

A horizontalidade dos programas e os princípios da vigilância em saúde, no que se refere ao envolvimento de todos os sujeitos (profissionais de saúde e comunidade) para a organização do trabalho, ressalta a relevância da

representatividade social na comunicação e linguagem do pensamento coletivo para o planejamento das ações em saúde, ampliando o planejamento estratégico para uma tendência participativa (LANZONI et al., 2009).

Outra vertente de planejamento, situada dentro da concepção de envolvimento de vários atores, é o planejamento participativo, que se constitui num instrumento para o trabalho comunitário. A participação de todos é o cerne do processo, onde existem discussões e exercícios que auxiliam na ampla compreensão de uma realidade; analisa-se um problema central e as propostas para solucioná-lo, resultando na elaboração de um plano de ação para combatê-lo. A participação conjunta dos moradores, comitês, instituições governamentais e não-governamentais criam elos que promovem compromissos sociais (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

O planejamento participativo na atenção básica à saúde permite que os diversos atores sociais - profissionais de saúde e comunidades - construam interpretações comuns da realidade, envolvendo todos em um compromisso e intenções coletivas que visem a melhoria na qualidade de saúde e de vida da população (RAUPP, 2007).

Frente aos vários conceitos aqui apresentados, observa-se que para a qualificação do trabalho da Atenção Básica à Saúde, na configuração reorientada do modelo assistencial, as equipes de ESF precisam se envolver em uma relação sinérgica do trabalho de assistência, organização e gestão das atividades de saúde para a comunidade – com a comunidade.

Neste contexto, observa-se a definição de princípios da Política Nacional de Atenção Básica – o estímulo à participação popular e ao controle social. A participação das equipes de ESF no planejamento das ações e o fortalecimento da gestão local e do controle social é uma importante atribuição destas equipes para a promoção da saúde e estímulo da participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações em saúde (BRASIL, 2006c).

Kleba, Krauser e Vendruscolo (2011) destacam que essas novas demandas do Sistema Único de Saúde requerem, da formação dos profissionais de saúde, a adequação de conhecimentos e habilidades relacionados à gestão e gerência.

Todos estes conceitos tornam-se um norte para se (re)pensar a qualificação do trabalho com as equipes de Estratégias de Saúde da Família, tendo como base a

política participativa da vigilância em saúde, o planejamento e as diversas ferramentas e estratégias de gestão em saúde, e, principalmente, um olhar sobre o território que transcende a dimensão geográfica, adentrando-se nos diversos territórios sociais, culturais, relacionais que envolvem as famílias e a comunidade, compreendendo o verdadeiro cerne da territorialização da saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Verificar se o conhecimento dos enfermeiros e médicos das Estratégias de Saúde da Família sobre território e territorialização em saúde influencia no planejamento de suas atividades de atenção à Saúde.

3.2 ESPECÍFICOS

3.2.1 Caracterizar o perfil sociodemográfico e formação acadêmica dos profissionais participantes da pesquisa.

3.2.2 Conhecer o entendimento destes profissionais sobre o território e territorialização em saúde.

3.2.3 Identificar o processo de trabalho dos profissionais das ESF e tipos de planejamento das ações de atenção à saúde do cotidiano da família.

3.2.4 Conhecer os recursos de trabalho das equipes de ESF para o desenvolvimento do planejamento das ações organizacionais de Saúde.

3.2.5 Estabelecer as possíveis correspondências entre o entendimento, destes profissionais, em relação ao território e territorialização em saúde, e suas ações de planejamento das atividades profissionais diárias.

4 METODOLOGIA

4.1 ABORDAGEM DO ESTUDO

Esta investigação utiliza uma abordagem quantitativa e outra qualitativa. Os estudos quantitativos são métodos orientados à busca da magnitude e das causas dos fenômenos sociais, sem interesse para a dimensão subjetiva. São descritos como objetivos, reprodutíveis e generalizáveis, sendo amplamente utilizados para avaliar programas que tenham um produto final estável e mensurável. A pesquisa qualitativa analisa o comportamento humano do ponto de vista do sujeito, utilizando a observação naturalista e não controlada; são procedimentos exploratórios, descritivos, indutivos, dinâmicos, holísticos e não generalizáveis (MINAYO, 2000).

A abordagem qualitativa trabalha vários aspectos particulares no universo de significados, aspirações, motivos, valores e atitudes, norteados por relações, por processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalidade de variáveis (MINAYO, 1994). Permite uma melhor compreensão do contexto comportamental da saúde e de resultados de programas que podem ser generalizados para uma população.

A combinação das duas abordagens pode produzir resultados de melhor qualidade sem esforços excessivos adicionais, e pode ser um meio eficiente de aumentar a compreensão do objeto de estudo (SERAPIONI, 2000).

4.2 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal. O modelo de estudo do tipo transversal é apropriado para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, bem como analisar sua incidência e inter-relação num determinado momento (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

4.3 UNIVERSO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Colatina, localizado na região noroeste do Estado do Espírito Santo, cuja população é de 111.788 habitantes e a maioria (88%) vive no perímetro urbano (BRASIL, 2010).

Colatina implantou o Programa Saúde da família (PSF) em 1999, inicialmente com uma equipe na zona urbana, localizada no bairro Ayrton Senna. Posteriormente, a gestão municipal de saúde estabeleceu um planejamento de trabalho, visando ampliar o número de equipes de atenção à saúde a toda população (PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA, 2012).

O município conta, atualmente, com 9 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 22 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Deste total, 15 equipes realizam suas ações de atenção à saúde na zona urbana e 7 na zona rural (PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA, 2012).

Cada equipe de ESF do município é composta de até 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no máximo; 01 técnico ou auxiliar de Enfermagem; 01 enfermeiro e 01 médico. O estudo foi desenvolvido com profissionais responsáveis pelo atendimento em saúde da população, portanto, o universo do estudo é de 44 profissionais, entre enfermeiros e médicos.

A partir de 2002, com objetivo de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde em todos os níveis de atenção, foi regulamentada a Portaria nº 1.444/GM. Essa Portaria aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal no Programa de Saúde da Família, criando incentivo destinado ao financiamento de ações e da inserção de profissionais da área odontológica (BRASIL, 2001c). Hoje, o município conta 18 equipes de Saúde Bucal, 13 atuam nas equipes de Saúde da Família da zona urbana e 5 da zona rural.

Segundo informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do Ministério da Saúde, Colatina tem cadastrados 94.699 habitantes que são beneficiados pelas Estratégias de Saúde da Família. As equipes de ESF da zona urbana acompanham 77.402 pessoas, totalizando 81,73% de cobertura de atendimento da população cadastrada no ano de 2013 no SIAB (BRASIL, 2013).

A pesquisa foi desenvolvida com as equipes de Saúde da Família da zona urbana, devido a sua maior abrangência de cobertura dentro da saúde da família do município, maior concentração populacional na zona urbana, apresentando, assim, maior abrangência de informações de multiplicidade profissional.

Todo o espaço urbano do município é subdividido em 10 regiões que atendem às áreas estratégicas geográficas envolvendo 61 bairros, conforme apresentando na figura 1.

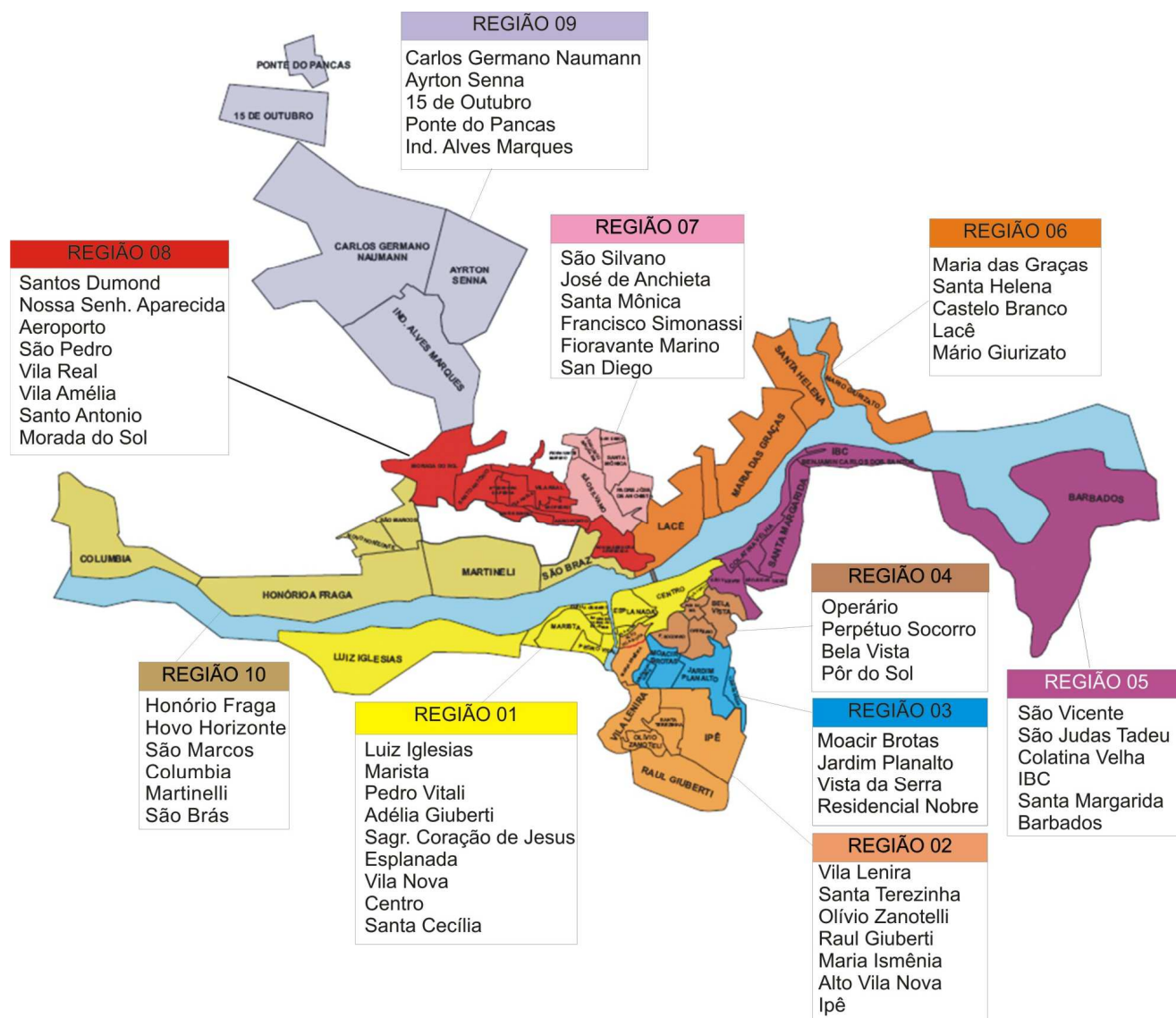


Figura 01 – Mapa da Zona Urbana de Colatina
 Fonte: Prefeitura Municipal de Colatina, 2012. Disponível em:<
<http://www.colatina.es.gov.br/acidade/?pagina=mapas&mapa=urbano1>>

Na área urbana há 15 equipes de ESF, que estão distribuídas em 6 regiões, atendendo uma clientela adscrita e cadastrada de 94.699 pessoas beneficiadas (BRASIL, 2013). A relação de cada equipe de Saúde da Família da zona urbana, sua Unidade de Saúde de alocação, região e bairros de atuação podem ser observadas no quadro 1.

Equipe de Estratégias de Saúde da Família – Zona Urbana	Unidade de Saúde (Alocação)	Região	Área Geográfica de Atuação (Bairros)
1. Ayrton Senna I	US2 Reynaldo Guerra	09	Ayrton Senna e Colibri
2. Ayrton Senna II			
3. Bela Vista I	US2 Bela Vista	04	Bela Vista e Pôr-do-Sol.
4. Bela Vista II			
5. Colatina Velha	US2 Colatina Velha	05	Colatina Velha, IBC e Santa Margarida.
6. Colúmbia	US2 Colúmbia	10	Colúmbia, Córrego Poção e BR 259.
7. Carlos Germano Naumann I	US2 Córrego do Ouro	09	Carlos Germano Naumann
8. Carlos Germano Naumann II			
9. César Melloti	US3 César Melloti	02	Maria Ismênia e parte de Vila Lenira.
10. Honório Fraga	US2 Cônego Gerard Meyers	10	Honório Fraga, São Braz e Martinelli.
11. Novo Horizonte	US2 Armando Vago	10	Novo Horizonte e São Marcos
12. Nossa Senhora Aparecida	US2 N. Sra. Aparecida	08	Nossa Senhora Aparecida e parte do Bairro São Braz.
13. São Pedro I	US2 São Pedro e US1 Nossa Senhora da Penha	08	São Pedro, Aeroporto, Nossa Senhora da Penha e Santos Dumond.
14. São Pedro II	US2 São Pedro II	08	Nossa Senhora Aparecida, São Pedro e Vila Amélia.
15. Vila Lenira	US3 César Melloti	02	Vila Lenira (parte) Santa Terezinha, Raul Gilbert e Olívio Zanoteli.

Quadro 1 - Relação de cada equipe de Saúde da Família da zona urbana.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Colatina – ES.

4.4 AMOSTRA

A amostra foi constituída por enfermeiros e médicos que atuam nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) da zona urbana do município de Colatina – ES. A equipe básica de saúde da família possui várias atribuições preconizadas pelas diretrizes básicas da Saúde da Família, do Ministério da Saúde, e dentre elas estão: a participação do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades de Saúde da Família; e a territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 1997; BRASIL, 2011a).

O enfermeiro desenvolve suas ações em dois campos essenciais da atenção básica: a) realiza o trabalho assistencial junto à equipe de profissionais e ações com a comunidade, apoiando e supervisionando as atividades dos agentes comunitários de saúde e b) participa do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho, gerenciando insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade de Saúde da Família (USF) (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2007b, BRASIL, 2012b).

O médico, dentre as suas atribuições voltadas para a assistência integral aos indivíduos e famílias, tem, também, a responsabilidade de participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade de Saúde da Família, além da competência de execução e/ou modificação de protocolos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2007b; BRASIL, 2012b).

Foram incluídos no estudo todos os profissionais que atuavam em suas equipes há pelo menos um ano, tomando como base o princípio da longitudinalidade, exceto uma das equipes que conta com um profissional médico que possui menos de 11 meses de atuação nesta equipe. Para Starfield (2002, p. 247), longitudinalidade, no contexto da atenção primária, é a relação pessoal entre profissionais de saúde e a comunidade, desenvolvendo um vínculo de identificação mútua que facilita as ações de saúde primária; esta relação existe por um período de tempo definido ou indefinido. Cunha e Giovanella (2011) afirmam que a longitudinalidade/vínculo longitudinal são importantes atributos para a prática

profissional, tornando-se ferramentas importantes para a gestão dos serviços na Atenção Primária à Saúde (APS).

Na obtenção dos dados quantitativos, a amostra foi constituída por 15 enfermeiros e 15 médicos que atuam nas ESF, portanto, totalizando 30 profissionais. Para caracterização da amostra, foi aplicado um questionário com objetivo de conhecer o perfil sociodemográfico e a trajetória profissional de todos os participantes.

Os dados qualitativos foram obtidos a partir de uma amostra com 5 enfermeiros e 5 médicos sorteados aleatoriamente entre as 15 ESF. O número estabelecido de entrevistas foi considerado ideal, pois, de acordo com Santos (1999), o tamanho da mostra não é fator determinante da significância do estudo qualitativo, que trabalha com amostras relativamente pequenas, intencionalmente selecionadas.

Utilizou-se também o fechamento amostral por saturação teórica. Esse procedimento é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Noutras palavras, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados.

Por meio de uma entrevista semiestruturada, baseada em um roteiro, os dados qualitativos foram coletados. A técnica de entrevista atende principalmente às finalidades exploratórias, sendo bastante utilizada para o detalhamento de questões e formulações mais precisas dos conceitos relacionados. Pretendeu-se, neste estudo, obter o maior número possível de informações sobre o tema, segundo a visão dos entrevistados, com um maior detalhamento do assunto em questão. Considerou-se que a entrevista poderia possibilitar a compreensão de especificidades culturais para o grupo e para os indivíduos (MINAYO, 2007).

Apesar de algumas Equipes de Saúde da Família disponibilizarem a atenção odontológica (Saúde Bucal), os Cirurgiões Dentistas não fizeram parte da amostra, pois não participam do planejamento das ações diárias junto às equipes de ESF.

4.5 ESTUDO PILOTO

Visando testar o método do trabalho, bem como verificar o modo de abordagem das questões inseridas no questionário e tempo gasto, foi realizado um projeto piloto, com uma equipe de saúde da família da zona rural do município. Os critérios de inclusão e exclusão foram obedecidos e os dados obtidos não foram considerados para o estudo principal. Marconi e Lakatos (2007) atribuem a importância da realização de um estudo piloto à possibilidade que ele estabelece de verificação da fidedignidade, validade e operacionalidade dos dados obtidos, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

4.6 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi realizada inicialmente uma reunião com o Gestor Municipal de Saúde e Coordenador Municipal de Saúde da Família, detalhando os objetivos da pesquisa e a metodologia a ser utilizada no desenvolvimento do estudo; tendo como mote obter a autorização para a realização da pesquisa.

Após autorização, foi realizada uma reunião com os enfermeiros e com os médicos das equipes de ESF para a apresentação do estudo, explicando os objetivos da pesquisa, enfatizando o caráter voluntário, a segurança da confidencialidade de suas respostas, o direito de não identificação e a importância do estudo para a possível melhoria da implementação das Políticas Públicas. Foi reforçado que a pesquisa não deveria interferir no funcionamento das atividades nas unidades de saúde e nem nos serviços prestados pelos profissionais e que todos os participantes necessitariam de assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B). Não houve qualquer recusa de participação e todos concordaram em contribuir.

Nessa reunião foi proposta uma agenda para a realização das entrevistas na área de atuação das equipes, onde foi acordado que o contato para agendamento seria feito com os enfermeiros das equipes. Esse contato foi realizado via telefone, além de mensagens por *SMS (Short Messaging Service)* ou e-mail. Foi agendando previamente datas e horários conforme a disponibilidade dos respondentes.

A coleta de dados foi realizada por meio de dois instrumentos: um questionário e um roteiro de entrevista semiestruturada:

a) questionário (APÊNDICE A) contempla as variáveis sociodemográficas dos profissionais, como: idade, sexo, situação conjugal, tempo de serviço nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), experiências em outras equipes de ESF, cursos complementares de formação dentro da Atenção Primária à Saúde (APS), ano de formação (graduação) e especialização dentro da APS.

b) roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE B) aborda temas como organização do trabalho, planejamento de ações assistenciais e processos de trabalho e concepções de território e territorialização em saúde e como estas concepções estão envolvidas no planejamento do trabalho em saúde da família.

O local de coleta de dados foi a própria unidade de saúde onde o sujeito da pesquisa realiza suas atividades laborais. Foi realizada em um ambiente reservado (consultórios de enfermagem e médico), que apresentou boa iluminação, ventilação adequada, cadeiras confortáveis, tranquilidade e silêncio, procurando assegurar a privacidade dos participantes.

Para o registro das informações coletadas na entrevista foi utilizado como recurso um gravador digital. Com o consentimento dos participantes, as entrevistas foram gravadas visando ter o registro de todo o material fornecido pelos informantes, apresentando fidelidade quanto à fala dos mesmos e viabilizando o retorno ao material sempre que se fizer necessário. Essas entrevistas foram transcritas imediatamente pelo pesquisador.

Em todas as entrevistas foi mantido um caráter informal, objetivando estabelecer um clima de empatia entre entrevistador e entrevistado, para que se possa alcançar um aceitável grau de veracidade nas respostas.

Com as entrevistas foi obtido o maior número possível de informações sobre o tema, segundo a visão dos entrevistados, com maior detalhamento do assunto em questão. Considera-se que a entrevista poderá possibilitar a compreensão de especificidades do trabalho realizado frente ao planejamento das ações de saúde da equipe.

Durante as entrevistas, o entrevistador introduziu o tema de forma clara e assumiu uma postura instigadora, explorando ao máximo a fala do informante. O entrevistado teve toda liberdade para discorrer sobre o assunto.

Cada entrevista teve a duração de 40 a 60 minutos. Esse tempo permitiu que todos os temas fossem abordados adequadamente, sem, no entanto, causar fadiga, desatenção ou dispersão dos participantes.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce (CEP-UNIVALE), obtendo o parecer número 045/12-09 favorável para a sua realização (ANEXO A). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B).

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram analisados por meio do *software Sphinx Léxica versão 5.1.0.4*. E em seguida foi realizado o cálculo da distribuição de frequência das variáveis pesquisadas.

A apuração dos dados qualitativos foi realizada segundo a técnica da “Análise de Conteúdo” (BARDIN, 2011). Após leitura exaustiva do material transcrito, as informações foram agrupadas em categorias e as falas foram analisadas conforme cada tema proposto. Num primeiro momento, a análise foi realizada de forma independente, pelos pesquisadores. Em seguida, os pesquisadores se encontraram com a finalidade de discutir os pontos de concordância e divergência em suas observações. Este procedimento tem como finalidade reduzir a possibilidade de vieses provocados pela subjetividade e pela percepção seletiva que poderiam ocorrer se um único indivíduo fosse responsável por todo o processo de análise.

Visando preservar a identidade dos entrevistados, as falas foram identificadas com a sigla ENF para os Enfermeiros respondentes e a sigla MED para os Médicos respondentes, e, seguidos das siglas, a descrição de um número dado aleatoriamente para cada profissional respondente. Os textos não sofreram correções linguísticas/gramaticais preservando-se o caráter espontâneo das falas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados e a discussão das análises obtidas a partir da coleta de informações quantitativas e qualitativas referentes às variáveis pesquisadas com as equipes de Estratégias de Saúde da Família, realizada no período de outubro a dezembro de 2012.

5.1 DADOS QUANTITATIVOS

5.1.1 Caracterização da Amostra

A amostra estudada foi constituída de 30 profissionais que atuam nas Estratégias de Saúde da Família, na zona urbana do município de Colatina – ES. O desenvolvimento do estudo aconteceu no segmento urbano, devido a maior cobertura populacional pelas equipes ESF (81,73 %). Estas equipes são compostas de 15 enfermeiros e 15 médicos.

Na tabela 1 pode-se visualizar o perfil sociodemográfico de todos os profissionais enfermeiros e médicos atuantes nas Estratégias de Saúde da Família do município de Colatina – ES (2012).

Quanto ao sexo, houve predominância do feminino entre os profissionais das equipes de ESF (66,7%), tendo destaque maior entre a categoria dos enfermeiros. A contextualização sócio-histórica das profissões envolve a divisão de trabalho e a predominância de gêneros distintos em determinadas profissões.

Lopes e Leal (2005) observaram, em seus estudos realizados na indução do processo de institucionalização capitalista do trabalho em saúde, que as construções das identidades masculinas e femininas no trabalho são móveis e variam no tempo e no espaço. A herança cuidadora da enfermagem, advinda das ordens religiosas, onde o exercício institucional exclusivo e/ou majoritariamente era feminino e caritativo, gerou reflexos ainda observados na atualidade. O peso hegemônico da profissionalização da medicina “masculina” atesta a característica de reprodução do trabalho nas relações de valores ideológicos religiosos, associados à seleção de grupos sociais e gêneros incorporados ao campo da organização capitalista do trabalho em saúde.

Apesar desses reflexos históricos na divisão de gêneros entre profissionais de saúde, observa-se, com o passar dos anos, um aumento de homens na enfermagem

e um aumento de mulheres na medicina. Tomando os dados do censo do IBGE (2010), informações dos Conselhos Federais de Enfermagem (COFEN) e Medicina (CFM), verifica-se que o Estado do Espírito Santo possui 4.584 enfermeiros, sendo 87,3% são do sexo feminino. No Estado, a categoria médica conta com 8.031 profissionais, 57,6% é do sexo masculino (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

A média de idade entre os participantes da pesquisa é de 32,4 anos ($dp=\pm 11,35$). A maioria dos enfermeiros (60,0%) possui a idade entre 24 a 27 anos e do os médicos (46,4%) possuem idade acima de 33 anos.

Esses dados apontam um recorte da realidade brasileira, dentro das faixas etárias dos profissionais enfermeiros e médicos. Segundo o IBGE (2010), a categoria enfermeiro no Brasil conta com um total de 287.119 profissionais e 43,79% estão na faixa etária de 26 a 35 anos (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011). Entretanto, na categoria médica brasileira (351.779 médicos), 86,19% têm idade acima de 30 anos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011).

Quanto à situação conjugal, prevaleceu certo equilíbrio entre profissionais solteiros e casados, 53,3% e 43,3%, respectivamente. Predominou na categoria de enfermeiros o estado conjugal de casado (53,3%) e entre os médicos o estado conjugal de solteiro (60,0%). Tal dado norteia somente pontos de apresentação de perfil, mas são perceptíveis características nas mudanças sociais e culturais no que se refere à transição demográfica que ocorre com o tempo. Essa transição é um fenômeno estrutural, marcado por particularidades históricas permeadas por características culturais, além de aspectos econômicos e condições de cada país (BRITO, 2008).

Tabela 1 - Distribuição do perfil sociodemográfico e formação acadêmica dos enfermeiros e médicos inseridos nas equipes de ESF de Colatina – ES. 2012 (n=30)

Variáveis individuais		Profissionais das ESF					
		Enfermeiros (n=15)		Médicos (n=15)		Total (n=30)	
		n	(%)	N	(%)	N	(%)
Sexo	Feminino	14	93,3	6	40	20	66,7
	Masculino	1	6,7	9	60	10	33,3
Idade	Menos de 24 anos	1	6,7	0	0	1	3,3
	De 24 a 27 anos	9	60,0	4	26,7	13	43,4
	De 28 a 32 anos	2	13,3	4	26,7	6	20,0
	Acima 33 anos	3	20,0	7	46,6	10	33,3
Situação conjugal	Solteiro(a)	7	46,7	9	60,0	16	53,3
	Casado(a)	8	53,3	5	33,3	13	43,3
	União Estável	0	0	1	6,7	1	3,4
Tempo de Residência em Colatina ES	Menos de 2 anos	0	0	3	20,0	3	10,0
	De 3 a 28 anos	12	80,0	8	53,3	20	66,7
	Acima de 29 anos	3	20,0	3	20,0	6	20,0
	Declararam não residir em Colatina	0	0	1	6,7	1	3,3
Total		15	100,0	15	100,0	30	100,0

Os resultados demonstram que a maioria da amostra reside no município de 3 a 28 anos (66,7%) e 20,0% há mais de 29 anos. O município de Colatina – ES - possui um Centro Universitário privado, que oferece diversos cursos de graduação na área da saúde. O curso de Enfermagem foi criado em 2000 e o de Medicina em 2004. Grande parte dos enfermeiros (93,3%) que participaram da pesquisa é egressa desse Centro Universitário, e é absorvida pelo mercado de trabalho do próprio município, uma vez que são munícipes de Colatina ou de pequenas cidades circunvizinhas, que foram para Colatina em busca de sua formação acadêmica.

Já os profissionais médicos não se enquadram nesse perfil, uma vez que a primeira turma de medicina se formou há dois anos, e os poucos médicos que são munícipes de Colatina optaram em continuar o trabalho no município, dando

continuidade aos estudos através de residências médicas ofertadas por esse Centro Universitário.

Vários profissionais médicos (53,3%) são oriundos de outras cidades. A rotatividade deste profissional é uma realidade da Atenção Básica à Saúde em todo Brasil. Estudos desenvolvidos por Gonçalves et al. (2009) sobre o trabalho do médico nas ESF apresentam algumas respostas frente às dificuldades deste profissional em se estabelecer dentro do trabalho na Atenção Primária à Saúde. Um aspecto ressaltado é a falta de incentivos e informações necessárias que os acadêmicos não recebem durante a graduação para optar por este campo de trabalho, focando os estudos no modelo hospitalocêntrico do processo saúde-doença.

Entender as diversas características da população assistida requer dos profissionais das ESF aptidão para lidar com inovações e adaptá-las às diferenças locais e regionais. Para isso, a formação de enfermeiros e médicos, em Atenção Primária à Saúde, torna-se de suma importância, pois suas atividades profissionais precisam de embasamentos não somente teóricos, engendrados na academia, mas também nas experiências do cotidiano vivido e atividades realizadas na complementação da formação profissional.

Esta pesquisa buscou entender não somente as concepções de território e territorialização em saúde no trabalho de planejamento das atividades de saúde, mas realizar também um levantamento da formação profissional de enfermeiros e médicos do cenário deste estudo.

Para traçar um perfil profissional da Atenção Primária à Saúde (APS), e neste caso específico, da Estratégia de Saúde da Família, foi realizado um levantamento do tempo de formado, para conhecer a experiências de trabalho e a somatória dessas com cursos específicos de especialização dentro da APS. Além disso, foi feito um levantamento dos cursos complementares que auxiliam no processo formativo e que norteiam ações de trabalho em gestão, planejamento e assistência na saúde da família.

Consolidando alguns princípios da APS, e especificamente da ESF, foi realizado um levantamento do tempo de atuação na equipe de trabalho a fim de observar características de continuidade das ações, além de um levantamento de ensaios práticos de trabalho, que são abarcados por análises da rotatividade nos

serviço de APS. Para isso, foi questionado sobre as experiências em outras equipes de ESF e o tempo de trabalho transcorrido em outras comunidades. Tais dados são apresentados na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição da Formação Profissional de enfermeiros e médicos das equipes de ESF de Colatina – ES. 2012 (n=30).

Variáveis individuais		Profissionais das ESF					
		Enfermeiros (n=15)		Médicos (n=15)		Total (n=30)	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)
Tempo de Formado	Menos de 11 meses	0	0	1	6,7	1	3,3
	De 1 a 4 anos	11	73,3	8	53,3	19	63,3
	De 5 a 9 anos	3	20,0	2	13,3	5	16,7
	Acima de 10 anos	1	6,7	4	26,7	5	16,7
Especialização em APS	Com Especialização	11	73,3	6	40,0	17	56,6
	Sem Especialização	4	26,7	9	60,0	13	43,4
Cursos Complementares em APS	Possui cursos	7	46,7	6	40,0	13	43,3
	Não possui cursos	8	53,3	9	60,0	17	56,7
Tempo de trabalho na equipe atual de ESF	Menos de 1 ano	4	26,7	5	33,3	9	30
	De 1 a 3 anos	9	60	9	60	18	60
	De 4 a 6 anos	2	13,3	1	6,7	3	10
Experiências em outras Equipes de ESF	Sem experiências	9	60,0	6	40,1	15	50,0
	Menos de 1 ano	0	0	2	13,3	2	6,7
	De 1 a 3 anos	5	33,3	5	33,3	10	33,3
	De 4 a 6 anos	1	6,7	2	13,3	3	10,0
Total		15	100,0	15	100,0	30	100,0

Quanto à atuação profissional, os resultados demonstraram que 63,3% dos profissionais participantes da pesquisa têm de 1 a 4 anos de formados, com média de 4,7 anos, tanto para os enfermeiros ($dp=\pm 1,7$) quanto para médicos ($dp=\pm 3,4$).

Segundo o Conselho Federal de Medicina - CFM (2011) a média de tempo de formado no Brasil gira em torno dos 20,2 anos, a maioria dos médicos jovens, ou seja, com menos de 29 anos, e com pouco tempo de experiência, estão em atividade como médicos generalistas.

Os estudos demográficos de profissionais de enfermagem, realizados pelo Conselho Federal de Enfermagem - COFEN (2011), demonstraram que o número de enfermeiros no Brasil concentra-se na faixa etária de 26 a 35 anos (43,79%), que, somado ao percentual da faixa que antecede (15 a 25 anos – 9,8%) gera um total de 53,6% dos enfermeiros brasileiros. Isto mostra que a população de enfermeiros possui uma faixa etária baixa e, conseqüentemente, um tempo menor de formação.

Segundo Formiga et al. (2005) a faixa etária e o tempo de formado são indicativos de tempo de experiência no trabalho. O profissional de saúde, ao longo dos anos, adquire experiências que ajudam no direcionamento de seu trabalho. Para Martins et al. (2006), o tempo de formação reflete conhecimentos e aptidões que são valorizados ao longo do tempo em um determinado período.

Tais aptidões são geradas não somente por meio da experiência de trabalho, mas também por estudos complementares além da graduação. Observando a tabela 2, o número de profissionais que declararam possuir pelo menos uma especialização voltada para a Atenção Primária à Saúde foi considerável (56,6%), sendo que, destes, 3 profissionais cursaram duas especializações na área citada.

Em relação à realização de cursos complementares que possuem aderência e atividades diretas voltadas à APS (tabela 2), os dados indicam que 13 profissionais (43,3%) já fizeram algum curso complementar como: a) 5 profissionais (4 enfermeiros e 1 médico) fizeram o curso do Plano Diretor da APS; b) curso de hanseníase (2 enfermeiros e 2 médicos); c) curso de tuberculose (1 enfermeiro e 2 médicos) e d) outros cursos complementares foram declarados de forma isolada e realizados distintamente pelos profissionais, como: pré-natal, vacinação, coqueluche, sífilis, febre maculosa e vigilância epidemiológica. Porém, 56,7% dos profissionais não possuem nenhum curso complementar.

Estudos realizados por Campos (2005), fundamentados nos fatores de satisfação no trabalho com a rotatividade nos serviços de saúde, principalmente entre profissionais médicos, apresentaram os seguintes dados: a falta de capacitações, a distância das unidades de saúde e a indisponibilidade de materiais

para realizar o trabalho básico. O salário dos médicos da ESF é um atrativo, porém não é um elemento de fixação destes profissionais na ESF. Os enfermeiros, por sua vez, têm rotatividade mais baixa.

A rotatividade de enfermeiros e médicos é condicionada por diversos fatores, dependendo da região e o local de trabalho. Tal situação se deve tanto a motivos objetivos quanto subjetivos; os motivos concretos envolveriam vínculos profissionais precários de contratação, dificuldades de relacionamento político entre profissional e gestor e até questões como a realização profissional nas atividades desenvolvidas no âmbito dessa política (MEDEIROS et al., 2010).

Outro impacto possível seria a formação profissional fragmentada, centralizada no modelo biomédico, dificultando um olhar sistêmico da comunidade. Existe uma forte tendência de considerar o trabalho na APS como algo de menor valor profissional e de baixo prestígio, isso é construído no meio acadêmico quando comparado ao trabalho de outras especialidades médicas (GONÇALVES et al., 2009).

O alcance da atenção primária implica a necessidade de se romper com estes vieses engendrados sobre a saúde coletiva das comunidades. Para a efetividade do trabalho é necessário o vínculo com a comunidade, para que se possa conhecer, assim, o crescimento e as mudanças sociais no decorrer de anos, estabelecendo, dessa forma, o sentido longitudinal das relações, contextualizando o princípio da longitudinalidade (STARFIELD, 2002).

A Política Nacional da Atenção Básica fundamenta-se neste princípio e reforça que a longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica dos profissionais com a comunidade, norteando vínculos e responsabilidades destes com os usuários ao longo do tempo, formando laços importantes que efetivam melhor as intervenções de saúde e outros elementos na vida dos usuários e comunidade (BRASIL, 2012b).

Quanto ao tempo de trabalho na ESF, 60% dos respondentes possuem 1 a 3 anos de atuação na equipe atual de ESF, representando uma média de 1,8 anos, tanto para enfermeiros ($dp=\pm 1,2$) quanto para médicos ($dp=\pm 1,6$).

Observando as experiências em outras equipes de ESF, a metade da amostra já teve algum vínculo com outra equipe, tanto em Colatina quanto em outro município. E dessas experiências, 40,0% dos enfermeiros estiveram vinculados há

pelo um ano em outra equipe, enquanto 13,3% dos médicos tiveram vínculo de menos de um ano e 46,6% tiveram vínculo acima de um ano. Tal dado aponta uma rotatividade maior de médicos nas ESF.

A efetivação do trabalho nas ESF envolve vários princípios importantes para a qualidade da assistência à família. Um desses princípios é o vínculo entre a comunidade e a família. Os profissionais das equipes de saúde têm responsabilidade por uma população adscrita à sua área de atuação, portanto, é de grande importância a convivência contínua, que propicia o conhecimento da comunidade e o aprofundamento do vínculo, garantindo continuidade da assistência e a identidade cultural com as famílias (BRASIL, 1997).

Além da qualificação do trabalho com as famílias, tal vínculo garante o princípio da integralidade. Medeiros et al. (2010) afirmaram que a estabilidade na ESF é fundamental para a consolidação do modelo de trabalho que contemple a integralidade da assistência, e que a rotatividade prejudica a efetividade das ações das equipes multiprofissionais, prejudicando a vinculação dos profissionais com a comunidade de trabalho.

A especialização mais cursada pelos respondentes da pesquisa foi a “Especialização de Atenção Primária à Saúde com ênfase em Saúde da Família” (tabela 3). Do total de especialistas nesta área, 58,3% são enfermeiros e 41,7% médicos.

O governo do Estado do Espírito Santo (ES) implantou, em 2008, o Projeto de Expansão e Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no ES, sendo criadas parcerias com Instituições de Ensino Superior (IES) para o desenvolvimento de cursos de especialização em Atenção Primária à Saúde com ênfase em Saúde da Família (ESPÍRITO SANTO, 2008b). Esta pós-graduação foi ofertada para profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família do Estado e os profissionais respondentes fizeram parte do projeto formativo da Secretaria de Estado da Saúde do ES (SESA-ES).

Tabela 3 – Distribuição de Cursos de Especializações Profissionais de enfermeiros e médicos das equipes de ESF de Colatina dentro da Atenção Primária à Saúde. 2012 (n=17)

Especializações dentro de APS	Total de Declarações por Especialização		Profissionais das ESF		
	N	n	Enfermeiros		Médicos
			(%)	n	(%)
Atenção Primária à Saúde com ênfase em Estratégia de Saúde da Família	12	7	58,3	5	41,7
Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família	4	4	100	0	0
Saúde Coletiva	2	2	100	0	0
Mestrado em Saúde Pública	1	0	0	1	100
Gestão em Saúde da Família	1	1	100	0	0

Outros tipos de especializações foram destacados entre os pesquisados, porém, somente a ofertada pela SESA-ES foi comum às duas categorias profissionais do estudo.

5.2 DADOS QUALITATIVOS

Os dados qualitativos, neste estudo, emergiram das informações obtidas por meio da entrevista semiestruturada. Foram abordados dois temas - Planejamento e Território.

Após Análise de Conteúdo, surgiram, no tema Planejamento às categorias: Planejamento de Ação; Instrumento utilizado para a realização do Planejamento e Gestão da UBS. No tema Território: Entendimento de Território e Territorialização e Influência do conceito no planejamento das ações.

5.2.1 Tema Planejamento

5.2.1.1 Categoria 1: Planejamento de Ação

Esta categoria aborda a forma de construção e desenvolvimento do planejamento das ações de saúde utilizada para cumprir os objetivos e metas traçados pelas equipes de ESF. O planejamento das ações pode ser considerado um guia norteador de atividades, pois estabelece o que se pretende fazer e a forma com que se pretende atingir os objetivos estabelecidos. Devem-se considerar as

possíveis restrições, as consequências das ações e os posteriores acertos que possam ser necessários.

Para a efetivação do planejamento em saúde é necessário a elaboração de um plano para orientar o processo de mudança. Portanto, são necessários conhecimentos práticos e teóricos que possibilitem a interação com a realidade, facilitando a programação de estratégias e ações necessárias (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

“ [...] o planejamento de assistência aqui na nossa área é desenvolvido nas reuniões semanais [...] a gente estimula [...] especifica quem precisa mais, em qual área que a gente vai é [...] abranger mais e, durante a semana, porque é toda semana no caso [...]” (ENF 1).

“ [...] nós temos as consultas eletivas que são feitas através de uma programação semanal e as consultas no caso, emergenciais [...]” (MED 1).

Nas falas dos profissionais da ESF o contexto de planejamento envolve ações de organização da agenda de atendimento e programação semanal das atividades. Diante dessas concepções, observa-se que o trabalho desses profissionais está focado no planejamento diretivo de suas ações frente à avaliação das atividades realizadas, suas causas e consequências, visando possíveis acertos.

Percebe-se que não há um trabalho de ações voltadas para outras áreas de planejamento como: as metas a serem atingidas frente à necessidade real da comunidade; pactuação de ações, planejamentos de grupos operacionais e planejamento estratégico frente a um diagnóstico situacional. Tais pontos precisam ser trabalhados no processo complementar formativo dos profissionais.

A concepção de planejamento se confunde com avaliações das ações ou plano de trabalho. Para Matus (1991), o plano é um produto momentâneo do processo de planejamento, e que pode estar rodeado de incertezas, imprecisões, surpresas ou até mesmo rejeições.

Sendo assim, o planejamento torna-se fundamental para a efetivação das ações de saúde, principalmente no contexto da comunidade. Em um balanço

realizado sobre a política, planejamento e gestão em saúde entre 1974 e 2005, Paim e Teixeira (2006) identificaram que a disseminação da proposta de ações planejadas de trabalho, na área da Atenção Primária à Saúde surgiu, no Brasil, na primeira metade dos anos 80, quando se iniciaram os discursos de diagnóstico dos serviços, programas específicos e também o planejamento estratégico em saúde.

O planejamento estratégico é o tipo mais usado no trabalho em saúde, uma vez que estabelece estratégias, através de diagnósticos atuais, otimizando aspectos positivos para o direcionamento das mudanças, e aponta objetivos para atingir metas desejadas a médio e longo prazos (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998; LANZONI et al., 2009).

Observa-se nas falas dos entrevistados a não existência de um planejamento estratégico situacional, conseqüentemente, não são traçadas metas embasadas em indicadores de ações do trabalho planejado. Para a equipe de ESF, a concepção de planejamento está direcionada para avaliação das ações de trabalho e plano de organização, sendo estes voltados para o direcionamento do trabalho de assistência, na Unidade Básica de Saúde, e organização da demanda espontânea, como pode ser observado nas falas seguintes:

“ [...] tem um conjunto de reuniões, debates, discussões e até mesmo aqui dentro pra gente poder ter essa realidade de assistência à população.” (ENF 3)

“É na verdade o planejamento é feito de acordo com a demanda, hoje a gente não tem um plano de assistência é [...]” (MED 3).

Vale destacar, que a presença do profissional médico nas atividades de planejamento e discussão em equipe é um aspecto positivo tendo em vista a característica da Atenção Primária à Saúde na inversão do modelo medicocêntrico para as práticas de valorização do trabalho em equipe no âmbito da saúde das coletividades.

Segundo Gonçalves et al. (2009), a ESF é hoje uma das principais estratégias para enfrentamento da crise do setor de saúde, principalmente por recompor as

práticas de APS, reorganizando as ações assistenciais de saúde, rompendo com o modelo médico hegemônico.

O profissional médico deve atuar nas ESF desenvolvendo não somente o seu papel assistencial, pois também tem as atribuições de participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades de Saúde da Família (BRASIL, 1997) e de participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (BRASIL, 2012b).

Foi possível identificar na fala dos entrevistados uma responsabilidade partilhada e senso de equipe, pois em todas as situações manifestadas para o planejamento das atividades de saúde, as equipes de ESF e também profissionais da rede de atenção básica eram incluídos no processo.

“ [...] o planejamento de assistência aqui na nossa área é desenvolvido com todas as equipes, dentro contém os agentes de saúde, dentistas e o médico, dentro do [...] da reunião.”
(ENF 1).

“Bom, na verdade o planejamento ele é feito pela [...] pelas equipes, com a participação do núcleo gerencial, onde [...] as pessoas têm a oportunidade de expor opinião própria [...] avaliação mensal sobre as ações a serem desenvolvidas e segue um planejamento que já é elaborado desde o ini [...] ao final da gestão anterior, que serve pro [...] pra gestão seguinte.”
(MED 5).

Mesmo diante da concepção apresentada anteriormente sobre planejamento, a organização de reuniões semanais é um ponto extremamente positivo para o trabalho das equipes de ESF. A oportunidade de se reunirem uma vez por semana, torna-se o trabalho mais produtivo, pois envolve a possibilidade de resolubilidade das divergências ocorridas na sistemática do trabalho e também nas relações interpessoais da equipe multiprofissional.

Outro ponto importante é a participação de todos os profissionais envolvidos na atenção primária à saúde. Conforme citado pelos profissionais, nesta reunião estão presentes não somente a equipe de saúde da família, mas também a de

saúde bucal e a dos profissionais que trabalham na rede de atenção básica. Tal fato envolve todos em um objetivo comum de trabalho, apontando responsabilidades individuais para o trabalho coletivo.

Os princípios e diretrizes da Atenção Básica à Saúde preconiza que o conjunto de ações de saúde, tanto no âmbito individual quanto coletivo, só será mais bem efetivado se o exercício de práticas de cuidado e gestão for realizado de forma democrática, participativa e sob o trabalho em equipe (BRASIL, 2012b).

5.2.1.2 Categoria 2: Instrumento utilizado para a realização do Planejamento.

Essa categoria indica os distintos modelos de instrumentos empregados para a realização do planejamento das ações em saúde e que orientam o trabalho da UBS.

O planejamento em si não deixa de ser uma ferramenta de trabalho, de ação das atividades de saúde, porém, este é dotado de diversos instrumentos que norteiam a efetividade do planejar desde o contexto teórico até a praticidade de suas ações.

Desde a implantação do SUS, um dos grandes desafios está na implementação e utilização de ferramentas e tecnologias que norteiam as ações de saúde frente aos problemas reais da comunidade e definem intervenções eficientes e eficazes para o melhor trabalho dos profissionais (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Percebe-se nos relatos dos profissionais que, para o desenvolvimento do trabalho realizado pela equipe e as ações na UBS, utiliza-se o sistema de agenda. Estes agendamentos são realizados frente à demanda e às necessidades apresentadas pela população.

“É [...] a gente avalia muito também assim é [...] o que o paciente está precisando mais, assim [...] a gente sempre está perguntando é [...] o quê que eles acham do trabalho da gente, o quê que precisa mudar, e dependendo da [...] da opinião de cada um, a gente muda através da opinião também dos pacientes.”(ENF 2).

“ [...] a gente usa é [...] a planilha de atendimento [...] E é assim é, eu vejo que nós iniciamos a semana, uma semana antes é, nós temos a agenda para a próxima semana [...]” (MED 4).

A programação e o agendamento são importantes para o trabalho de toda a equipe, uma vez que eles estruturam e orientam as atividades que serão realizadas, organizando a ordem de trabalho. A própria Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) preconiza o uso de agendamento, uma vez que a implementação das atividades de saúde precisam ser realizadas mediante as necessidades de saúde da população e compartilhando o trabalho com todos os profissionais; porém, recomenda evitar agendas de trabalho segundo critérios de problemas de saúde, ciclo de vida, sexo e patologias, os quais dificultam o acesso do usuário (BRASIL, 2012b).

O agendamento é uma importante ferramenta de trabalho, porém não é um instrumento de planejamento de ações coletivas, por se tratar de ferramenta de organização do serviço e demanda. Para Silva (2004), o agendamento baseia-se, portanto, unicamente na ordem cronológica das solicitações recebidas, tratando-se somente de uma estratégia de otimização dos recursos de atendimento.

O processo de trabalho dos profissionais de saúde está ancorado no agendamento, possivelmente como reflexo dos modelos passados de saúde, quando o atendimento à população por número de consultas possuía a maior relevância, a comparar com a qualidade do serviço prestado, e, conseqüentemente, gerava uma demanda mais expressiva, que se reflete na saúde pública dos dias atuais.

Para Mattos (2001), o sentido de prevenção é muito articulado com a assistência. O modelo adotado pela velha medicina preventivista tentava suprimir, no passado, a falta de distinção entre prevenção e assistência, articulando que as atividades preventivas, são geradas a partir de atividades assistenciais e estas geravam diretamente o aumento da demanda de usuários no serviço médico.

Para os profissionais de ESF de Colatina, o agendamento é um dos principais instrumentos de planejamento de trabalho. Esta concepção reporta à necessidade de apresentar ferramentas de trabalho para o planejamento. Tais ferramentas se fazem importantes para a efetivação de um trabalho voltado para as coletividades,

como diagnóstico situacional da comunidade baseado em evidências, a organização do plano de ação com metas de trabalho frente às necessidades da comunidade e sua territorialização em saúde.

Mesmo que a maioria dos profissionais tenha concepções de planejamento voltadas para o agendamento, as falas de dois profissionais são destacadas por apontar o uso de indicadores como ferramenta de planejamento das atividades da equipe.

“As ferramentas que a gente usa basicamente é o diagnóstico local [...] a gente trabalha o perfil sociodemográfico-econômico, o perfil epidemiológico, é [...] os agravantes, o ambiente, tudo no diagnóstico [...]” (ENF 4)

“A gente trabalha com indicador. A gente [...] faz todo é [...] todo mês os agentes de saúde têm os indicadores de saúde que a gente pede eles.” (ENF 5)

Estas colocações tornam-se importantes, apesar de terem ocorrido de forma isolada, pois apontam possíveis estratégias de trabalho baseadas e uma ferramenta do planejamento estratégico em saúde, como o diagnóstico situacional baseado no perfil sociodemográfico, epidemiológico e agravantes ambientais da comunidade como pontos importantes para as ações de saúde.

O diagnóstico situacional como metodologia de planejamento é orientado a partir de problemas da comunidade gerados por uma lógica de enfrentamento de situações concretas, tomando como ponto de partida a realidade apresentada (ESPÍRITO SANTO, 2008a).

Foi apontado o uso do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) como instrumento de orientação e planejamento do trabalho. Como já citado, mesmo que exista um conceito dubio de planejamento e plano, e este seja realizado nas reuniões semanais ou mensais, o uso do SIAB foi citado como ferramenta para nortear ações frente às necessidades da realidade local.

“Pois é, a gente usa a fonte que é o SIAB, onde que a gente fecha todo mês, o [...] SIAB, e no dia da reunião eu sempre trago, imprimo na secretaria, e trago pra [...] pra reunião, para

estar [...] falando com os agentes de saúde também” (ENF1).

“Tem, a gente usa muito o SIAB, alguns indica [...] pra gente ter alguns indicadores de saúde, pra tentar detectar algumas falhas e pra possíveis intervenções” (MED 1).

O SIAB foi implantado em 1998, em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS). É um instrumento gerencial dos sistemas locais de saúde e incorporou, em sua formulação, conceitos básicos como: território, problema e responsabilidade sanitária, inaugurando uma nova lógica de produção e de utilização da informação em saúde, permitindo microespecialização de problemas de saúde e de avaliação de intervenções; utilização mais ágil e oportuna da informação; produção de indicadores capazes de cobrir todo o ciclo de organização das ações de saúde, a partir da identificação de problemas, partindo de níveis menos agregados para mais agregado (BRASIL, 2012c; BRASIL, 2002).

O SIAB é um sistema de informação que deve ser considerado como base fundamental de dados na APS, ressaltando que é um importante instrumento de reorganização do processo de trabalho (ALTOÉ, 2012). Figueiredo et al. (2010) identificaram em seus estudos que as informações do SIAB são mais utilizadas por enfermeiros, uma vez que estes possuem um melhor envolvimento com o sistema, porém, os agentes comunitários da saúde (ACS) são os profissionais que mais o utilizam como instrumento de registro e preenchimento de dados.

Este banco de informações é uma importante ferramenta de trabalho para a organização de um planejamento estratégico situacional, pois reporta a dados reais coletados mensalmente por ACS e possui informações relevantes e indicadores que norteiam a melhor assistência à saúde.

A organização do trabalho em saúde envolve diversos processos importantes para uma ação assistencial de qualidade. O planejamento é entendido com ferramenta organizacional fazendo parte de um amplo desenvolvimento de ações que conduzem para a qualidade do trabalho (RIVERA E ARTMANN, 1999).

5.2.1.3 Categoria 3: Gestão da UBS

Esta categoria inclui os conteúdos relacionados à gestão da Unidade Básica de Saúde (UBS). Gestão esta que se refere ao gerenciamento, ato ou efeito de administrar ou gerir órgão público de Atenção à Saúde. O gerenciamento da UBS de saúde é um trabalho muito importante para o ordenamento das ações organizacionais e também assistenciais de toda área de responsabilidade da equipe de ESF.

Os entrevistados consideraram que a gestão da UBS é de competência do enfermeiro, além da importância de todos participarem desta gestão, conforme apresentado nas falas.

“Basicamente, são os enfermeiros responsáveis pela unidade a nível local. É [...] a gente sempre conta com a participação dos outros profissionais que estão envolvidos nessa [...] nessa área, mas é [...] geralmente a gente é, quem é o responsável são os dois enfermeiros por ter [...] se tratar de duas equipes aqui.” (ENF 3).

“Então, eu penso que todos nós deveríamos ser um pouquinho gestores, é [...] geralmente a enfermeira eu acho que, eu vejo ela com essa figura centrali [...] que ela centraliza essa [...] esse tipo de ação [...]” (MED 4).

Tais falas destacam que o trabalho do enfermeiro inserido nas equipes de ESF estudadas possui além de suas atribuições assistenciais, o trabalho de gestão da UBS. Percebe-se, em nos discursos, um senso de se fazer uma gestão partilhada, seja com um colega enfermeiro, o qual divide a mesma estrutura física da UBS, ou com os outros membros da equipe de ESF.

Segundo a PNAB (2012b) além das atribuições de cada membro da equipe básica de ESF, está o trabalho de todos em participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Todavia, o município de Colatina conta com alguns profissionais responsáveis pela gestão de algumas UBS, conforme apresentado nas falas a seguir.

“Então a gente coordena a nossa equipe, mais o posto é coordenado pela funcionária da rede.” (ENF 2).

“É outra funcionária [...] não tem nada haver com a Saúde da Família.” (MED 2)

A gestão partilhada é um processo importante para a qualidade do serviço prestado, uma vez que divide responsabilidades frente à autonomia e voz ativa de cada membro. Esta característica é chamada gestão participativa, cada um dos membros da equipe é um colegiado dentro da gestão (RIVERA E ARTMANN, 1999).

A gestão colegiada é um dispositivo importante para o envolvimento das pessoas, pois considera a participação parcelar de todos no processo de decisão e de trabalho (CAMPOS, 1998).

É importante buscar novas formas de gestão nos serviços de saúde, pois se torna necessário a incorporação de novos conhecimentos e habilidades, sintonizados a uma prática administrativa mais aberta, mais flexível e participativa. (GALVÃO; TREVIZAN; SAWADA, 1998).

Recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde viabilizem a sua gestão envolvendo não somente os profissionais de saúde, mas os conselhos ou colegiados formados por gestores locais e usuários dos serviços, viabilizando a participação social na gestão da UBS (BRASIL, 2012b).

Tais processos de trabalho tornam-se importantes instrumentos para a melhoria da assistência e gestão em saúde, efetivando assim melhores as práticas na APS, através de atividades organizadas e participativas, que norteiam a melhoria do planejamento do trabalho. Para a efetivação do planejamento é necessário a instituição de modelos diferenciados e inovadores de gestão (CAMPOS, 2000).

5.2.2 Tema Território

5.2.2.1 Categoria 1: Entendimento de Território e Territorialização

Esta categoria está relacionada ao entendimento do conceito de território e territorialização em saúde dos enfermeiros e médicos das equipes de ESF de Colatina – ES.

A construção de conceitos de território e territorialização em saúde são geradas ao longo da formação profissional e consolidadas com experiências do

cotidiano. Porém na área de saúde diversos conceitos tomam concepções diferenciados, os quais norteiam as ações frente ao entendimento de cada um.

O conceito de território tem sido discutido e desenvolvido por meio de diversas abordagens, as quais os autores buscam explicar, frente às suas linhas de pesquisas e métodos, as diversas concepções e interpretações da realidade em razão dos novos arranjos espaciais gerados de avanços técnicos-científicos-informacionais, os quais formam o território (TEIXEIRA; ANDRADE, 2010).

A definição de territorialização em saúde está diretamente ligada à historicidade do conceito de território, suas significações e formas de apropriação no campo da saúde pública e saúde coletiva (GONDIM; MONKEN, 2009).

Em observação às falas dos profissionais da ESF, a contextualidade do termo território agrega valor ao espaço geográfico em si, demarcado e limitado para a abrangência de suas ações em saúde, como observado nas falas a seguir.

“Território pra mim é a área onde eu trabalho. É [...] conta [...] todas as ruas, as famílias, a delimitação do [...] do meu público alvo. Pra mim território é isso, até onde eu posso ir, até onde eu não posso ir.” (ENF 5).

“Território eu acho que é a área em si [...] quer dizer [...] é [...] a área em termos de [...] local, e em termos de população.” (MED 2)

A partir desses discursos foi possível identificar claramente a concepção ratzeliana de território geográfico. Este demarcado por um controle político e possuidor de relações de domínio de sujeitos envolvidos nessa área delimitada. A definição mais tradicionalista de território é aquela que faz associação entre o território e os fundamentos materiais do Estado (HAESBAERT, 2011).

O autor clássico desta discussão é o geógrafo e etnólogo Friederich Ratzel que elaborou uma geografia funcionalista ao território, este que está intimamente ligado à demarcação de áreas para organização da sociedade, ou seja, um espaço onde a família encontra sua subsistência e o Estado é compreendido como incremento da potência de sua solidez (FONSECA, 2010).

Nesta concepção, o território tem muito relação com poder, e um autor que contrapõe a ideia de Ratzel é Claude Raffestin (1993). Este que observa o território não tão “naturalizado” pela geografia política clássica, e apresenta uma necessidade de se repensar o conceito de território, uma vez que existe uma relação do homem com espaço e todos envolvidos por uma relação de poder (RAFFESTIN, 1993).

Apesar dos conceitos de território ter um enfoque geográfico, para as equipes de ESF, vale destacar dois seguimentos de fala, os quais houve a complementação do conceito de território, para além da concepção geográfica, política e de poder.

“Território é [...] é toda a área que a gente tem, é de acordo [...] Território solo e território processo. O território solo é o território que a gente tem que ele é estático, mas a gente trabalha aqui com o território processo [...]” (ENF 4).

“Território pra mim é espaço de prática. É o ambiente do exercício profissional. É [...] local de vivência, de experiência [...] é onde acontecem as coisas, objeto do nosso interesse, é [...] é o locus principal da ação é [...]” (MED 5).

De uma forma sutil, o território aparece em concepções diferentes de geografia e poder. As falas abordam um conceito mais culturalista do território, porém estes estão cheio de incertezas e possíveis questionamentos de estarem certos ou errados.

No discurso do Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Atenção Básica (2012), relata que a atenção à saúde deve ser:

Desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012b, p. 19).

No primeiro momento que a palavra território aparece, seu conceito está focado na demarcação de áreas adscritas pelas equipes de atenção básica, porém

em outros momentos, evocam-se concepções do território político/geográfico. Neste ponto, é importante ressaltar que o território é constituído da dinamicidade das pessoas que nele (con)vivem e a equipe de saúde precisa conhecer as suas singularidades.

Estas concepções apontam que o território está imerso nas relações de dominação e/ou de apropriação sociedade-espço, e ele está aglutinado em um *continuum*⁴ que vai da dominação político-econômica mais ‘concreta’ e ‘funcional’ à apropriação mais subjetiva e/ou ‘cultural-simbólica’ (HAESBAERT, 2004).

Nos dados quantitativos da pesquisa, cinco profissionais fizeram o curso de Plano Diretor da APS, tais falas podem ser reflexos desta formação complementar, uma vez que, o conteúdo programático de tal curso possui uma fundamentação teórica dentro do termo território.

O curso aborda, em seu ementário, a concepção de território-solo, definido por critérios geográficos e demarcados; e o território-processo definidos por aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais de observação na dinamicidade de mudanças do território (MINAS GERAIS, 2010).

O termo território na investigação dos determinantes do processo saúde-doença contribui muito para a compreensão da prática do SUS, uma vez que esta é facilmente entendida como prática territorial, pois está intimamente ligada à questão de equidade e da universalidade no atendimento à saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

Este atendimento deve ser levado em conta tanto o território quanto à territorialização em saúde, uma vez que, estes estão diretamente ligados ao processo de conhecimento da comunidade. Ao buscar o entendimento dos profissionais da ESF de Colatina, sobre a concepção de territorialização em saúde, constata-se nos discursos, que o termo se confunde com o território. A territorialização em saúde passa a ser concebida como uma área de abrangência das ações ou área de atenção, como pode ser observada nas seguintes falas.

“Territorialização em saúde é aquela área onde o enfermeiro e o médico do PSF tem que abranger ali dentro, onde o agente de saúde também está trabalhando. É a área específica para

⁴ Grifo do autor.

cada setor de acordo de abrangência, a unidade abranger ali dentro.” (ENF 1).

“É pra mim territorialização em saúde é na verdade, são é [...] áreas dentro dos territórios aonde a gente vai conseguir dividir em [...] menores espaços, é [...] através de [...] menores espaços pra gente conseguir trabalhar é, focando o que aquela área mais precisa [...]” (MED 3).

A territorialização em saúde se coloca como uma metodologia que opera mudanças assistenciais e nas práticas sanitárias de uma determinada área. Esta é responsável pelo desenho e reconfigurações das situações *loco* regional a partir do reconhecimento do território em uma visão das relações ambientais, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Observa que a territorialização em saúde transcende o termo do território político e geográfico, demarcado e limitado. Esta metodologia envolve o território em sua concepção mais sistêmica, direcionando e entende os processos de envolvimento dos sujeitos com o seu lugar.

O entendimento de territorialização em saúde pode ser influenciado pelo conceito de território. Na formação do profissional de saúde da atenção básica os dois termos estão agregados, porém existem formas de olhar o território e a territorialização em saúde para atender os princípios e diretrizes recomendadas tanto pelo SUS quanto pela Política Nacional de Atenção Básica.

O Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006b) reforça a territorialização da saúde como a base para organização dos sistemas, estruturando as regiões de forma descentralizada onde são atribuídas as responsabilidades de cada esfera do governo (Federal, Estadual e Municipal). Tal concepção norteia um discurso para a regionalização da saúde.

Para Gondim e Monken (2009) a territorialização em saúde envolve a organização e gestão do sistema, a alocação de recursos e a articulação das bases de oferta de serviços por meio de fluxos de referência intermunicipais. Este conceito envolve também o processo de delineamento de arranjos espaciais, da interação de

atores, organizações e recursos, resulta de um movimento que estabelece as linhas e os vínculos de estruturação do campo relacional subjacente à dinâmica da realidade sanitária do SUS no nível local.

A importância de se conhecer a dinâmica do conceito de territorialização em saúde inclui importantes ações para a organização e planejamento do trabalho em saúde, não somente na demarcação de áreas e microáreas de atuação, mas, principalmente, buscar o entendimento do território vivido além dos recursos locais de trabalho.

No estudo foi observada somente a concepção do delineamento espacial da área de atuação, dando pouca atenção para o conceito de territorialização em saúde no espectro de abrangência para o planejamento. Possivelmente tal situação é reflexo da formação do conceito baseada somente no território geográfico, além da falta de informação e conhecimento sobre estratégias de planejamento utilizando a territorialização como ferramenta.

A PNAB (2012b) orienta que dentre o trabalho das equipes de saúde da família estão: a participação do processo de territorialização, mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades. Acredita-se esse processo seja realizado de forma abrangente, ou seja, observando o território em seus aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais.

Essa organização do trabalho em saúde requer um planejamento das ações assistenciais e também gerenciais envolvendo o território e a territorialização. Neste ponto, destaca-se a seguinte fala de forma isolada.

“Territorialização em saúde é a forma de você fazer, que tem como base o planejamento ascendente, que tem como base o diagnóstico situacional, que tem como base é [...] o olhar de todo mundo. Que tem como base é [...] a tecnologia pra que você possa desenvolver considerando barreiras, considerando a questão cultural, considerando disponibilidade de recursos.”
(MED 5)

Tal fala soa como um convite para nortear uma abordagem territorial e o planejamento das ações de saúde de forma diferenciada. A territorialização é um trabalho importante para as ações da saúde da família, uma vez que envolve a limitação de áreas de atuação da equipe e é desenvolvida pelo reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas. Um ponto importante a observar são as relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

5.2.2.2 Categoria 2: Influência do conceito no planejamento das ações.

Esta categoria investiga a influência do entendimento de território e territorialização em saúde no planejamento e execução deste nas ações da Estratégia de Saúde da Família.

Todo o processo de organização do trabalho deve ser norteado frente às necessidades reais e direcionadas para ações efetivas. O planejamento torna-se uma importante ferramenta para essa organização, uma vez que planejar é: corrigir rumos; o enfrentamento de imprevistos para garantir um caminho direcionado para os objetivos que se quer alcançar (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Observa-se que no entendimento dos entrevistados o território e a territorialização em saúde são importantes estruturas dentro da APS para o direcionamento do planejamento das ações em saúde.

“É, tem como a gente planejar atividades direcionadas para cada parte do território [...] sem a territorialização isso não é possível, então através dela a gente direciona o nosso planejamento, então acho muito importante.” (ENF 5).

“É fundamental que haja essa organização em territorialização pra que a gente possa conhecer a realidade da localidade, [...] os agravos mais comum nessa localidade e pra possíveis intervenções em cima das mesmas, que foram detectadas [...]”(MED 1).

Mesmo diante das dificuldades conceituais do território e territorialização em saúde, como apresentado na categoria anterior, esses profissionais estão convictos

que esses conceitos são ferramentas importantes para se conhecer e nortear o planejamento em saúde.

A territorialização representa importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, uma vez que ações de saúde são direcionadas com base territorial de uma delimitação espacial previamente determinada (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Na Atenção Básica, a estratégia da territorialização em saúde, reduz bastante à potência analítica e a eloquência descritiva acerca das inúmeras características da vida das pessoas que emergem num dado território. O território tem sido operacionalizado, por parte dos profissionais do SUS, de forma parcial, consagrando fins administrativos que se volta para a dimensão gerencial dos serviços de saúde, identificação de questões de saúde e iniciativas de intervenções (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

Nos discursos dos profissionais, o território e territorialização em saúde são importantes para o conhecimento das necessidades da população e direcionamento de suas ações, porém não há segurança nas falas, devido a dificuldades dos conceituais do termo.

“Eu observo é [...] que isso é [...] é o, vamos dizer assim, a menina dos olhos da equipe Porque se gente não tiver [...] não tiver isso daí, a gente não consegue trabalhar as ações. A gente pode até fazer de conta que a gente está trabalhando, mas a gente não consegue” (ENF 4).

“ [...] se a gente conhece o território e você conhece a sua comunidade, você está é [...] Porque você tendo o seu território, conhecendo o território, você tem condições de fazer uma territorialização maior, uma coisa mais ampla e poder abranger todo mundo [...]” (MED 2)

A territorialização é um dos pressupostos da organização do trabalho e das práticas em vigilância em saúde. Ela identifica problemas, direciona propostas de intervenções concretas e reais para problemas singulares da comunidade, no

entanto, em muitos casos, reduz-se o conceito de território, sendo este utilizado de uma forma meramente administrativa, para a gestão física dos serviços de saúde (MONKEN; BARCELOS, 2007)

Desprender-se de conceitos fechados de território e territorialização é um grande passo para um planejamento diferenciado das ações de saúde. E percebe-se uma necessidade de melhor trabalhar estes conceitos na formação dos profissionais da APS.

“Então assim, é o ponto primordial pra gente começar esse planejamento, a partir daí a gente tentar buscar ainda mais esse paciente [...]” (ENF 3).

“ [...] eu vejo na minha concepção como muito importante [...] se eu trabalho. a atenção primária, eu preciso saber é [...] o quê que está mais incidente e o quê que é preocupante do ponto de vista de saúde naquela região [...] Então vejo que, falta muito ainda é [...] trabalhar território, territorialização, área adscrita, fazer uma diagnóstico por exemplo” (MED 4).

O território, na condição de cotidiano vivido, se dá na interação entre as pessoas e os serviços de saúde (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 (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo permitiu conhecer o processo de planejamento do trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família do município de Colatina – ES, tendo como base o conceito de território e a territorialização em saúde. Durante a realização da pesquisa foi possível visitar cada equipe ESF da zona urbana, e assim conhecer o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros e médicos.

Os dados do estudo evidenciaram que os profissionais de saúde da APS têm pouco tempo de formado e este fato pode, conseqüentemente refletir na experiência de trabalho e no direcionamento das ações de trabalho com a família e comunidade.

A formação complementar e tempo de trabalho na ESF apontam para necessidade de um planejamento de trabalho na fixação do profissional médico nas ESF, a grande rotatividade destes gera prejuízos na efetividade das ações de trabalho, tanto na equipe de ESF, quanto com a relação longitudinal com as famílias e comunidade.

Foi constatado que as concepções de planejamento diretivo das ações de trabalho em saúde estão focadas na avaliação das atividades realizadas semanalmente, frente à livre demanda de usuários dos serviços, as suas causas e conseqüências. O processo de trabalho, destes profissionais, não possui um tipo específico de planejamento ou o direcionamento de uma metodologia para uma melhor efetivação do planejamento das ações de saúde, dentro de sua área de atuação.

No discurso dos respondentes, o planejamento do trabalho em saúde se confunde com plano de ações.

O planejamento envolve a mobilização de toda equipe, utilizando ferramentas de estudo para avaliação do serviço, diagnóstico da comunidade e o estabelecimento de metas norteiam ações organizadas frente às reais necessidades. Já o plano de ação é uma parte deste planejamento, uma vez que é um produto momentâneo, fruto de uma avaliação e estruturação de um trabalho específico para uma determinada contingência.

Quanto à gestão dos serviços da Unidade Básica de Saúde (UBS), foi identificado na amostra estudada, que todos consideram que este trabalho é de competência do enfermeiro. Porém observa-se a existência de dúvidas relacionadas

ao trabalho de gestão, uma vez que, em algumas UBS, existe um funcionário contratado para tal serviço. Apesar destas divergências de conhecimento de funções, um ponto de destaque é a característica de gestão partilhada.

Diante das atribuições profissionais de cada membro da equipe, a gestão da UBS envolve todos os profissionais em uma participação parcelar de ações administrativas no ambiente profissional, gerando uma sinergia de trabalho e uma melhora no clima organizacional no serviço.

Na identificação do conhecimento sobre território e territorialização em saúde foi observado que a contextualidade do termo está agregado ao valor do espaço geográfico, demarcado e limitado para as ações de saúde de uma determinada área de atuação da equipe.

Percebe-se que os enfermeiros e médicos, da amostra estudada, possuem o conceito de território e territorialização em saúde somente na ótica de espaço e área geográfica, deixando lacunas na avaliação social, na condição de vida, na situação da saúde e nas crenças pessoais imbuídas de seus valores culturais e simbólicos.

Estas lacunas merecem atenção, pois são importantes para o desenvolvimento integral das ações assistenciais na saúde da família. Portanto, a falta de uma estruturação do conceito de território e de territorialização em saúde, influencia na qualidade do planejamento das atividades de atenção à saúde, tornando reducionista à ações de trabalho, estas voltadas para a livre demanda.

Mesmo diante das dificuldades conceituais, os profissionais estão convictos que o entendimento do território e territorialização em saúde são ferramentas importantes para o direcionamento do planejamento das ações em saúde.

O não conhecimento da abrangência do termo reflete diretamente na qualidade da assistência prestada para a comunidade. Uma vez que, ao observar o território e a territorialização em saúde somente como área geográfica, limita a expansão do planejamento sistêmico das ações de saúde coletiva, reduzindo a prática assistencial e concentrando o trabalho em um plano de ação fragmentado, focado somente nos problemas que aparecem na UBS. Contudo, apesar dos profissionais da ESF, relatarem que o território e a territorialização em saúde são importante para o planejamento, foi identificado que em suas atividades não há correspondências destes termos em suas ações de planejamento em saúde.

Conhecer a dinamicidade do território e da territorialização norteiam importantes ações para a organização e planejamento do trabalho em saúde, não somente na demarcação de áreas e microáreas de atuação, mas principalmente no conhecimento do território vivido, norteando recursos estratégicos locais que facilitarão as ações para a comunidade.

Sendo assim, para se utilizar o conceito território e territorialização no planejamento das ações, é necessário transpor as 'barreiras geográficas' de termos pré-concebidos e ir para além da dimensão político operativa do sistema de saúde, e pensar em um território-vivido e uma territorialização em saúde que aborda não somente a cartografia, mas a dinamicidade do território.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PERSPECTIVAS

Em todas as equipes a receptividade por parte dos enfermeiros e médicos foi satisfatória, além dos outros profissionais que trabalham na Atenção Básica de Saúde (ABS) como atendentes, agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem. Todos demonstraram disposição em colaborar com o estudo e facilitaram o acesso a todas as etapas da coleta de dados. A contribuição dos gestores de saúde, Secretário Municipal de Saúde, Coordenadores Municipais da ABS e ESF, foi importante, uma vez que, todos apresentaram solicitude frente às autorizações e informações de dados secundários.

Na entrevista, uma vez que estas foram gravadas, alguns profissionais tiveram certa insegurança, pois demonstraram receio quanto à melhor resposta a ser fornecida, manifestando timidez ou temor que as informações passadas fossem errôneas frente aos conceitos das literaturas.

A amostra estudada envolveu todos os enfermeiros e médicos das equipes de ESF da zona urbana de um município. O desenvolvimento de um estudo envolvendo um maior número de profissionais de saúde, de uma macrorregião, ter-se-ia uma amostra representativa para a comparação com esta pesquisa. Além disso, os resultados poderiam ser extrapolados para um diagnóstico das ESF do Estado, frente à avaliação do serviço no contexto de território e planejamento em saúde.

Sugere-se o desenvolvimento de um trabalho de capacitação e formação dos profissionais enfermeiros e médicos, dentro da área de planejamento estratégico situacional em saúde com foco para uma visão renovada do território. Destacando a apresentação de ferramentas de trabalho em gestão de saúde e a realização da territorialização em saúde voltadas em um planejamento assistencial que envolva: a confecção de um diagnóstico situacional, a identificação de metas a serem atingidas frente às reais necessidades da comunidade e o envolvimento da população em grupos operacionais de trabalho para o planejamento participativo.

Outra possibilidade seria a inclusão e o envolvimento de outros profissionais no trabalho de planejamento das ações assistências da comunidade. Direcionando um trabalho voltado para uma visão holística em ações integrais de saúde da família. Trazendo à tona a importância da interdisciplinaridade e o envolvimento de outras equipes, como a de Saúde Bucal e futuramente o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma vez que o município ainda não tem esta equipe.

Por fim, sugerem-se estudos aprofundados sobre o planejamento, processo de trabalho e avaliação dos serviços desenvolvidos pela Estratégia de Saúde da Família, à luz de conceitos renovados de território e da territorialização da saúde. Uma vez que as diretrizes da saúde da família e a Política de Atenção Básica à Saúde apresentam a concepção de território não somente na ênfase organizacional política-geográfica, mas também orientam ações relacionais ao vínculo dos profissionais de saúde com o trabalho nas comunidades.

Sendo assim, emerge as seguintes indagações: qual seria a melhor vertente para o direcionamento da promoção da saúde? A comunidade deve adaptar-se a equipe de Saúde da Família com suas rotinas e normas? Ou a equipe de Saúde da Família deve adaptar-se à comunidade, realizando um planejamento situacional frente às diversas contextualidade do território-vivido cheio de crenças e relações socioculturais?

8 REFERÊNCIAS

ALTOÉ, Tailane Rudio. **Sistema de Informações da Atenção Básica**: abordando dados no processo de planejamento de enfermagem nas estratégias de saúde da família. 2012. 49 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário do Espírito Santo, Colatina: Acervo Biblioteca Ruy Lora, 2012.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic., Saúde, Educ**, v.9, n. 16, p39-52. São Paulo, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>>. Acesso em: 03 mar 2012.

ARCHANJO, Daniela Resende; ARCHANJO, Léa Resende; SILVA, Lincoln Luciano. **Saúde da Família na Atenção Primária**. Curitiba: Ibpex, 2007. 391 p.

ARTMANN, Elizabeth **O Planejamento Estratégico Situacional no nível Local**: um instrumento a favor da visão multissetorial. [ca. 2000] Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2153.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2011.

ARTMANN, Elizabeth; RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Regionalização em Saúde e mix público-privado**. (2003). Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_05_EArtmann_RegionalizacaoEmSaude.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2012.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS**: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. v. II. São Paulo: Raiz, 2011.

BARBOSA, Simone de Pinho; DIAS, Shireli Dias (Org.). **Praticando Saúde da Família**. Belo Horizonte: Simone de Pinho Barbosa, 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. ed. revista e ampl. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 08 set. 2011.

_____. Portaria Gabinete Ministerial. Ministério da Saúde n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jan. 2008.

_____. Portaria Gabinete Ministerial. Ministério da Saúde n. 2.488, de 21 de Outubro de 2011a. Cria 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). Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 02 jan. 2013.

_____. Portaria Gabinete Ministerial. Ministério da Saúde n. 399, de 22 de Fevereiro de 2006c. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtgm399_20060222.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2013.

_____. Portaria Gabinete Ministerial. Ministério da Saúde n. 1.654, de 19 de Julho de 2011a. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 03 jan. 2013.

_____. Portaria Gabinete Ministerial. Ministério da Saúde n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 13 jan. 2011.

_____. Portal da Saúde. Plano Diretor de Regionalização (PDR) Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=28602>. Acesso em: 16 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. 8º Conferência de Saúde: Relatório final. 19–21 mar. 1986, 29 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 10 jan.. 2013.

_____. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo2010/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=32>. Acesso em: 10 jan. 2011.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Bases de Dados do Ministério da Saúde**. 2012c. Disponível em: <<http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacao-de-atencao-basica-siab>>. Acesso em: 11 jan. 2013.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

_____._____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos Humaniza SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____._____. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: núcleo de apoio a saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____._____. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 02 jan. 2012a.

_____._____. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Informação da Atenção Básica. Estado do Espírito Santo**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSES.def>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

_____._____. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção**. Série Pacto pela Saúde. v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____._____. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <<http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/volume1.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2012.

_____._____. Secretaria de Políticas de Saúde. **O Desafio de Construir e Implementar Políticas de Saúde - Relatório de Gestão 2000-2002. 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatoriodegestao_sps.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2013.

_____._____. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____._____. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. _____. Portaria Gabinete Ministerial. Ministério da Saúde n.1.444, de 06 de Março de 2001c. Diário Oficial República Federativa do Brasil. Brasília, 07 de março 2001. Seção1, p.67. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

BRASIL. Portaria Gabinete Ministerial. Ministério da Saúde n. 399, de 22 de Fevereiro de 2006c. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtgm399_20060222.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2013.

_____. _____. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município**: garantindo saúde para todos. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2013.

_____. _____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. _____. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSES.def>>. Acesso em: 28 nov. 2011.

BRITO, Fausto. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **R. Bras. Est. Pop.**, v. 25, n. 1, p. 5-26, jan.-jun, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n1/v25n1a02.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2013.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e Qualidade de Vida. **Ciênc. saúde coletiva** v.5, n.1, Rio de Janeiro, 2000.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 8, n.2. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v8n2/a18v08n2.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2013.

CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda. **Por que o médico não fica? Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do programa de saúde da família do município de São Paulo**. 2005. 195 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2005.

CAMPOS, Eliane Christine Santos de. Território e Gestão de Políticas Pública: uma reflexão sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde – SUS. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5., 2011, São Luís. **Anais...** Maranhão: UFMA, 2011. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/I>

MPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/TERRIT
ORIO_E_GESTAO_DE_POLITICAS_PUBLICAS.pdf >. Acesso em: 16 jan. 2013.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horário Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG/ Coopmed, 2010. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>>. Acesso em 11 fev 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**. v. 14, n. 4, p. 863-870, out-dez, Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n4/0080.pdf>>. Acesso em 12 fev 2013.

CAMPOS, Rosana Onocko. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 6, n. 3, p.723-73, jul.-set., Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v16n3/2958.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

CARTA DE OTTAWA (1986). Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracoesecarta_portugues.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2013.

CHIAVENATO, Idalberto; SAPIRO, Arão. **Planejamento Estratégico: fundamentos e aplicação**. 12 reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004

CONILL, Eleonor Minho. 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, v.24, n.1, p.7-27, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais**. 2011. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/sites/default/files/pesquisaprofissionais.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Estatística de Médicos por Estados Brasileiros**. 2012. Disponível em:
<http://portal.cfm.org.br/index.php?radioTipoBusca=regiao&estatisticaUF=&estatisticaRegiao=SE&estatisticaSituacao=A&estatisticaSexo=&buscaEfetuada=true&option=com_estatistica>. Acesso em: 05 fev. 2013.

_____. **Demografia Médica do Brasil**. 2011. Disponível em:
<http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia_2_dezembro.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2013.

CORBO, Anamaria D'Andrea; MOROSINI, Márcia G. C.; PONTES, Ana Lúcia de Moura. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Lígia. Longitudinalidade/Continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16, supl. 1. P. 1029-1042, 2011.

COSTA, Elisa Maria Amorin; CARBONE, Maria Herminda. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2009.

COSTA, Elisa Maria Amorim da. Sistema Único de Saúde. In: COSTA, Elisa Maria Amorim da. CARBONE, Maria Herminda. **Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar**. 2 ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2009. P. 4 – 10.

DALPIAZ, Ana kelen; STEDILE, Nilva Lúcia Rech. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5., 2011, São Luís. **Anais...** Maranhão: UFMA, 2011.

Disponível em:

<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO_SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISSAS.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2013.

DAGNINO, Renato Peixoto. **Planejamento Estratégico Governamental**. Brasília: CAPES, 2009.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA (1978). Disponível

em:<<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2011.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Gerência de Regulação e Assistência à Saúde. Gerência de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para Organização da Atenção Primária à Saúde no Espírito Santo**. Vitória: SESA, 2008a.

_____. _____. **Projeto de Expansão e Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no ES**. 2008b. Disponível em:

<http://www.saude.es.gov.br/download/Ata_Reuniao_IES_12_09_08.pdf>. Acesso em: 10 fev 2013.

_____. _____. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde**. Vitória: SESA, 2011. Disponível em: <

http://www.saude.es.gov.br/download/PDR_PlanoDiretordeRegionalizacao_ES_2011.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2013.

FIGUEIREDO, Luana Alves de Figueiredo et al. Análise da utilização do SIAB por quatro equipes da estratégia saúde da família do município de Ribeirão Preto – SP. **Cad. Saúde Colet.**, v. 18, n. 3, p. 418-423, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_3/artigos/CSCv18n3_pag418-23.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2013.

FRAIZ, Ipojucan Calixto. Saúde e Sociedade. In : ARCHANJO, Daniela Resende; ARCHANJO, Léa Resende; SILVA, Lincoln Luciano (org). **Saúde da Família na Atenção Primária**. Curitiba: Ibpex, 2007. p. 50 – 72.

FALK, João Werner. A medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, n.1, p. 5-10, 2004.

FONSECA, Valdelúcio. **Ratzel: A geografia ratzeliana**. 2010. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/ratzel-039-039-a-geografia-ratzeliana-039-039/31581/>>. Acesso em: 13 fev. 2013.

FORMIGA, Jacinta Maria Morais et al. Perfil do Enfermeiro/Aluno do Curso de Especialização – PROFAE/RN. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), 2005. Disponível em:

<http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_perfil05.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2013.

FORTES, Margarete Rose Sampaio. **Enfermagem na promoção dos cuidados primários na saúde pública**. São Paulo: Everest, 2002.

FRANCO, Maria Laura P. B. **Análise do Conteúdo**. Série Pesquisa. 2. ed. Brasília: Liber Livro, 2007.

GALVÃO, Cristina Maria; TREVIZAN, Maria Auxiliadora; SAWADA, Namie Okino. A Liderança do Enfermeiro no Século XXI: algumas considerações. **Rev. Esc. Enf. USP**. v. 32, n. 4, p. 302-306, dez,1998. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v32n4/v32n4a03.pdf>>, Acesso em: 12 fev. 2013.

GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sara; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de (Org.). **Estudo de Caso Sobre Implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos**: relatório final Florianópolis. Brasília: MS/Fiocruz/ ENSP, 2009.

GONÇALVES, Rebeca Jesumary et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 33, n. 3, p. 393 – 403, São Paulo, 2009. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n3/09.pdf>>. Acesso em: 10 fev 2013.

GONDIM, Grácia M. M. et al. **O Território da Saúde**: a organização do sistema de saúde e a territorialização. 2009. Disponível em:<

http://www.saudecoletiva2009.com.br/cursos/c11_2.pdf> Acesso em: 13 out. 2011.

GONDIM, Grácia M. M; MONKEN, Maurício. Territorialização em Saúde. In: DICIONÁRIO de Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>>. Acesso em: 13 fev. 2013.

HAESBAERT, Rogério. **O Mito da Desterritorialização**: o “fim dos territórios” à multiterritorialidade. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

_____. Território e Multiterritorialidade: um debate. **GEOgraphia**. Ano IX, n. 17, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/geographia/ojs/index.php/geographia/article/viewFile/213/205>>. Acesso em: 17 fev. 2013.

_____. **Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade**. 2004. Disponível em: <http://www.uff.br/observatoriojovem/sites/default/files/documentos/CONFERENCA_Rogério_HAESBAERT.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2013.

KLEBA, Maria Elisabeth; KRAUSER, Ivete Maroso; VEDRUSCOLO, Carine. O Planejamento Estratégico Situacional no Ensino da Gestão em Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**. v.20, n. 1, p. 184-193, jan.-mar., Florianópolis, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/22.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2012

KURCGANT, P.; CIAMPONE, M.H.T.; MELLEIRO, M.M. O planejamento nas organizações de saúde: análise da visão sistêmica. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 351-355, set, 2006.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo et.al. Planejamento em Enfermagem e Saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.3, n. 17, p. 430-435, jul-set. 2009.

LOPES, Marta Júlia Marques; LEAL, Sandra Maria Cezar. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, v.24, p.105-125, jan-jun., São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/cpa/n24/n24a06.pdf>>. Acesso em: 09 fev 2013.

MARTINS, Christiane. Perfil do Enfermeiro e Necessidades de Desenvolvimento de Competência Profissional. **Texto Contexto Enferm**. v. 15, n. 3, p. 472-47, Jul-Set, Florianópolis, 2006. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a12.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MASSEY, Doreen. **Pelo Espaço**: uma nova política da espacialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008, p. 19-28.

MATTOS, Ruben Araújo de. **Os Sentidos da Integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. 2001. Disponível em: <http://www.uefs.br/pepscentroleste/arquivos/artigos/os_sentidos_integralidade.pdf>. Acesso em: 12 fev 2013

MATUS, Carlos. O Plano como Aposta. **São Paulo em Perspectiva**. v.5, n. 4, p. 28-42, out-dez, São Paulo, 1991. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_como_aposta-matus.pdf>. Acesso em: 11 fev 2013.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência &**

Saúde Coletiva. v. 15, n. 1, p.1521-153, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15s1/064.pdf>>. Acesso em 10 fev. 2013.

MELLEIRO, Marta Maria; TRONCHIN, Daisy E Maria Rizatto; CIAMPONE, Maria Helena Trench. O planejamento estratégico situacional como um instrumento de validação de serviço. **Revista Enfermagem Atual**, São Paulo, n.51, p. 40-44, 2009.

MENDES, Isabel A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma Ata e movimentos posteriores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.12 no.3 Ribeirão Preto Maio/Jun 2004. Disponível em: <<http://74.125.155.132/scholar?q=cache:gWz7dUsAcyYJ:scholar.google.com/+Declara%C3%A7%C3%A3o+de+Alma+Ata&hl=pt-BR>>. Acesso em: 17 set. 2011.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário**. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 10, p.7-19, Brasília, OPS. 1993.

_____. (org). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec/ Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: diagnóstico local**. Belo Horizonte: ESPMG, 2010.

MINAYO, M. C.de S.. **Pesquisa Social**. 2.ed. Petropolis: Vozes, 1994

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

MINAYO, M.C.S. et al. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.1, n.5, p.5-18, 2000.

MONKEN, Maurício et al. **O Território na Saúde: construindo referências para análise em saúde e ambiente**, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/21.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2011.

MONKEN, Maurício. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância da saúde**. 2003.170 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Anamaria D' Andrea (Orgs.). **O Território e o Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007. Disponível em: <http://www.retsus.fiocruz.br/upload/documentos/territorio_e_o_processo_2_livro_1.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2013.

_____. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 21, v.3, p. 898-906, maio-

jun, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/24.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

MOROSONI, Márcia Valéria G.C.; CORBO, Anamaria D' Andrea (Org.). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 69 – 106.

NAHAS, Markus V.; BARROS, Mauro V. G. de; FRANCALACCI, Vanessa. Pentáculo do Bem-Estar: base conceitual para a avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. **Rev. Bras. Atividade Física & Saúde**. V.5, n.2. Florianópolis, 2000. Disponível em: < <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?issn=1413-3482&lang=pt>>. Acesso em: 09 jan. 2013.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Estratégia empresarial & vantagem competitiva**: como estabelecer, implementar e avaliar. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev.Saúde Pública**.v. 40, n.(N Esp), p.73-78, São Paulo, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30625.pdf>>. Acesso em: 11 fev 2013.

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. **Fundação Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: < <http://www.ccs.saude.gov.br/saudebateaporta/mostravirtual/ingles/publicacoes/psf01.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2013.

PEREIRA, Martha Priscilla Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O território no programa de saúde da família. **Hygéia, Rev. Bras. Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, n.2, p. 47-55, jun. 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA. Disponível em <<http://www.colatina.es.gov.br/acidade/?pagina=mapas&mapa=urbano1>> Acesso em: 20 maio 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA. Disponível em < <http://www.colatina.es.gov.br/saude/>> Acesso em: 22 maio 2011.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma Geografia do Poder**. Trad. Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993.

RAUPP, Bárbara. Planejamento Participativo em Serviços de Atenção Primária à Saúde: Estudos comparativos de duas experiências: Porto Alegre e Montevidéu. **Revista APS**, v. 10, n.2, p. 169-178, jul.- dez., 2007. Disponível em: <<http://www.ufff.br/nates/files/2009/12/09planejamento.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2012.

RESTA, Darielli Gindri; MOTTA, Maria da Graça Corso. Família em situação de risco e sua inserção no programa de saúde da família: uma reflexão necessária à prática profissional. **Texto contexto-enferm**. vol.14 no. spe Florianópolis, 2005. Disponível em:

<http://74.125.155.132/scholar?q=cache:pURxHraKilMJ:scholar.google.com/+ABORDAGENS+DA+FAM%C3%8DLIA+NO+CEN%C3%81RIO+DO+PSF+&hl=pt-BR&lr=lang_pt&as_sdt=2000>. Acesso em: 10 dez. 2011.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2265-2274, Rio de Janeiro, 2010.

_____. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 355-365, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v4n2/7118.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

_____. Promoção da saúde e planejamento estratégico-situacional: intersectorialidade na busca de uma maior governabilidade. In: CZERESNIA, D.F.; FREITAS, C.M. (Org) **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

ROSELLINE, Ana Paula Lombardi et al.. Territorialização: base para a organização e planejamento em saúde. In: OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza (Orgs) **Saúde da Família**: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008. p. 389.

SAMPIERI, R. H., COLLADO, C. F; LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Editora Mc Graw-Hill, 2006.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e Territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. **Trab. Educ. Saúde**. v. 8, n. 3, p. 387-406, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n3/03.pdf>>. Acesso em: 13 fev 2013.

SANTOS, Milton (1996). **A Natureza do Espaço**: técnica e tempo. Razão e emoção. 4. ed. 2. Reimpr. São Paulo: Editora UPS, 2006.

_____. **Metamorfose do Espaço Habitado**. São Paulo: Hucitec, 1988.

SANTOS, S. R. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. **Jornal de Pediatria**, v.75, n.6, p.401-406, 1999.

SERAPIONI, Mauro. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para interação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.187-192, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7089.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.4, n.2. Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7110.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2013.

SILVA, Márcia Elizabeth Marinho da. **O Processo de tomada de decisão para o agendamento de consultas especializadas em centrais de regulação**: proposta de um modelo baseado em análise multi-critério. 2004. 166 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/4306/000455085.pdf?sequence=1>> . Acesso em: 28 fev. 2013.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde/ UNESCO, 2002.

TEIXEIRA, C. (Org.) **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: ISC, 2002.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Planejamento e Programação Situacional em Distritos Sanitários: metodologia e organização. In: MENDES, E. V. **Distrito Sanitário**: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1999.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luíza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **IESUS**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998. Disponível em: <http://www.acervo.epsjv.fiocruz.br/beb/BVSEPS/Material%202012/vigilancia%20ambienta/iesus_vol7_2_sus.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2013.

TEIXEIRA, Tiago Roberto Alves; ANDRADE, Áurea Andrade Viana de. O Conceito de Território como Categoria de Análise. In: ENCONTRO NACIONAL DE GEÓGRAFOS: crise, práxis e autonomia: espaços de resistência e de esperanças, 16, 2010, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: Associação de Geógrafos Brasileiros, 2010. Disponível em: <http://www.agb.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=52&Itemid=45>. Acesso em: 13 fev. 2013.

TANCREDI, Francisco Bernardini; BARRIOS, Susana Rosa Lopez; FERREIRA, José Henrique Germann. **Planejamento em Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da UPS, 1998. v. 2.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PRASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2007. p. 531.

ZANCHI, Marco Túlio; ZUGNO, Paulo Luiz. **Sociologia da Saúde**. 2 ed. rev. e ampl. Caixas do Sul: Educus, 2010. 440p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE:

realidades do planejamento nas Estratégias de Saúde da Família

Data: ___/___/2012 Entrevistador: _____ Nº: _____

INSTRUÇÕES IMPORTANTES

- Estamos fazendo uma pesquisa que tem como objetivo conhecer a influência do território e territorialização em Saúde no planejamento das atividades de saúde da família.
- Gostaríamos de contar com sua valiosa colaboração respondendo as questões que serão feitas durante essa entrevista.
- Se você sentir que alguma pergunta lhe traz constrangimento, você não é obrigado a respondê-la. Podendo deixar estas informação em branco ou fazendo um traço na questão.
- Desde que as respostas sejam sinceras, tudo o que você disser será muito importante para essa pesquisa.
- Em caso de dúvidas, pergunte ao pesquisador. Sua contribuição será ainda mais importante se antes de responder você tirar todas as dúvidas que tiver.
- Seu nome não será escrito em nenhum lugar desse questionário para garantir o segredo de que foi você quem o respondeu.
- Em qualquer momento da entrevista, você terá todo o direito de interromper e até mesmo destruir esse questionário.
- Qualquer dúvida quanto ao compromisso ético dessa pesquisa, você poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Univale (CEP), que fica na Rua Israel Pinheiro, 2000, no Campus Universitário. O telefone do CEP é 3279-5178.

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**A) INFORMAÇÕES PESSOAL DO(A) RESPONDENTE**

1. Data de nascimento: ___/___/___ (dd/mm/aaaa) Idade: _____ (anos)

2. Sexo: 1. Feminino 2. Masculino

3. Situação conjugal (opção única):

1. Solteiro (a) 3. União Estável 5. Separado (a)
2. Casado (a) 4. Viúvo (a) 6. Divorciado (a)

4. Reside em Colatina: 1. Sim 2. Não

5. Tempo de residência na cidade: _____ (anos)

B) INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS DO(A) RESPONDENTE

1. Formação Profissional: 1. Enfermeiro 2. Médico

2. Anos de Completos de Formado: _____(anos).

3. Possui alguma especialização em Atenção Primária à Saúde ou algo relacionado?

1. Não 2. Sim.

Qual(is) especialização? _____

4. Possui algum curso complementar de formação voltado para a Atenção Primária à Saúde (APS)?

1. Não 2. Sim. Qual(is)? _____

5. Anos de trabalho nesta Equipe de Saúde da Família: _____(anos).

6. Possui experiência em outras equipes de ESF?

1. Não 2. Sim. Quantos anos? _____(anos).

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE****MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO****TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE:**

realidades do planejamento nas Estratégias de Saúde da Família

Data: ___/___/2012 Entrevistador: _____ N°: _____

INSTRUÇÕES IMPORTANTES

- Estamos fazendo uma pesquisa que tem como objetivo conhecer a influência do de território e territorialização em Saúde no planejamento das atividades de saúde da família.
- Gostaríamos de contar com sua valiosa colaboração respondendo as questões que serão feitas durante essa entrevista.
- Se você sentir que alguma pergunta lhe traz constrangimento, você não é obrigado a respondê-la.
- Desde que as respostas sejam sinceras, tudo o que você disser será muito importante para essa pesquisa.
- Em caso de dúvidas, pergunte ao pesquisador. Sua contribuição será ainda mais importante se antes de responder você tirar todas as dúvidas que tiver.
- Seu nome não será citado em nenhum momento da entrevista para garantir o sigilo das informações passadas.
- Em qualquer momento da entrevista, você terá todo o direito de interromper e até mesmo pedir ao entrevistador que não tem o desejo de continuar.
- Qualquer dúvida quanto ao compromisso ético dessa pesquisa, você poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Univale (CEP), que fica na Rua Israel Pinheiro, 2000, no Campus Universitário. O telefone do CEP é 3279-5178.

APÊNDICE C – TERMO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE COLATINA PARA ACESSO E USO DE DADOS DOCUMENTAIS.

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
Reconhecida pelo Parecer nº 16/92 CFE Portaria 1037/92 MEC
Mantenedora: FUNDAÇÃO PERCIVAL FARQUHAR

Assunto: Solicitação de Autorização para acesso e uso de dados documentais.

Prezado Sr. Marco Canni,

Estamos desenvolvendo um projeto de pesquisa na área de Saúde Coletiva titulado “Territorialização em Saúde: realidades do planejamento nas Estratégias de Saúde da Família”. Este trabalho tem como objetivo identificar a influência do conhecimento de território e territorialização em Saúde, dos profissionais das Estratégias de Saúde da Família, no planejamento das atividades de saúde da família.

No presente estudo serão considerados:

- 15 Enfermeiros das Estratégias de Saúde da Família (ESF) da Zona Urbana de Colatina – ES.
- 15 Médicos das Estratégias de Saúde da Família (ESF) da Zona Urbana de Colatina – ES.

A coleta de dados se fará da seguinte forma:

- Os 15 enfermeiros e 15 médicos das 15 equipes de ESF do município estarão respondendo a um questionário que contempla as variáveis sócio-demográficas dos profissionais, como: idade, sexo, situação conjugal, tempo de serviço nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), experiências em outras equipes de ESF, cursos complementares de formação dentro da Atenção Primária à Saúde (APS), ano de formação (graduação) e especialização dentro da APS.
- Destas 15 equipes serão sorteadas 5 equipes as quais os 5 enfermeiros e 5 médicos serão entrevistados abordando temas como organização do trabalho, planejamento de ações assistenciais e processos de trabalho e concepções de território e territorialização em saúde e como estas concepções estão envolvidas no planejamento do trabalho em saúde da família. Esta entrevista será gravada.
- Serão feito agendamentos de uma data estabelecida para uma apresentação do trabalho as equipes de saúde, explicando os objetivos do estudo, enfatizado o caráter voluntário, a segurança da confidencialidade de suas respostas, o direito de não-identificação e a importância do estudo para melhoria das políticas públicas.

- Será reforçado que a pesquisa não deverá interferir no funcionamento das atividades nas unidades de saúde e nem nos serviços prestados pelos profissionais e que todos participantes necessitarão de assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
- Será proposta uma agenda para a realização das entrevistas na área de atuação das equipes, com informações de datas e horários previamente marcados conforme a disponibilidade dos respondentes.
- A coleta de dados será realizada por meio de dois instrumentos: um questionário que contempla as variáveis sócio-demográficas dos profissionais, como: idade, sexo, situação conjugal, tempo de serviço nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), experiências em outras equipes de ESF, cursos complementares de formação dentro da Atenção Primária à Saúde (APS), ano de formação (graduação) e especialização dentro da APS. E um roteiro de entrevista semiestruturado que aborda temas como organização do trabalho, planejamento de ações assistenciais e processos de trabalho e concepções de território e territorialização em saúde e como estas concepções estão envolvidas no planejamento do trabalho em saúde da família.
- O local de coleta do questionário será a própria unidade de saúde onde o sujeito da pesquisa realiza suas atividades laborais.
- Para o registro das informações coletadas na entrevista será utilizado como recurso um gravador digital. Com o consentimento dos participantes, as entrevistas serão gravadas visando ter o registro de todo o material fornecido pelos informantes, apresentando uma fidelidade quanto à fala dos mesmos e viabilizando o retorno ao material sempre que se fizer necessário.

A referida pesquisa esta ligada ao Mestrado em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce e os dados nela coletados serão utilizados para elaboração de artigos científicos e preparação de Dissertação de Mestrado. Comprometemo-nos a realizá-la de acordo com os princípios éticos da pesquisa, sendo que sua execução ocorrerá do período de Setembro de 2012 à Outubro de 2012.

Conforme normas de pesquisa com seres humanos, este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). Informamos ainda, que será garantida a não identificação dos sujeitos da pesquisa, utilizando um sistema de codificação dos dados coletados. Não existem riscos diretos quanto à saúde dos participantes, embora os mesmos possam apresentar

insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação.

Acreditamos que conhecer como as concepções de território no processo de planejamento das ações assistenciais e gerenciais da saúde da família, norteiam aspectos importantes para a estruturação do trabalho qualificado dentro da Atenção Primária à Saúde, gerando um processo organizacional laboral que reflete para melhoria das políticas públicas de saúde.

Ao final da pesquisa será entregue a esta Secretaria um relatório apresentando os resultados desta pesquisa.

Neste sentido, solicitamos autorização para acesso aos dados que as equipes de Saúde da Família têm acesso dentro do Sistema de Informação da Atenção Básica à Saúde (SIAB) do município de Colatina. Lembramos que os dados obtidos com o acesso aos documentos serão utilizados exclusivamente para a presente pesquisa.

Na certeza de poder contar com vossa colaboração, desde já agradecemos e nos colocamos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessária.

No aguardo de definições da V.S^a., nos despedimos.

Atenciosamente,

Colatina – ES, 15 de Abril de 2012.

Luciano Antonio Rodrigues

Pesquisador

Ciente das informações apresentadas acima, autorizo a realização da pesquisa mencionada na instituição na qual sou responsável.

Marco Canni
Secretário Municipal de Saúde

ANEXOS

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVALE**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVALE**

OF: CEP/UNIVALE – 045/12-09
Governador Valadares, 04 de setembro de 2012
Do: Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNIVALE
Para: Luciano Antônio Rodrigues
Parecer: **Aprovado**

Prezado Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa, em reunião ordinária avaliou o Projeto “Territorialização em saúde: realidades do planejamento nas estratégias de saúde da família” sob sua coordenação, e o parecer emitido descreve **APROVADO**, sob sua coordenação.

Orientações ao pesquisador:

Caso haja eventos adversos no decorrer ou decorrentes da pesquisa, o pesquisador responsável deverá notificar imediatamente ao Comitê de Ética, para que possam ser tomadas as devidas providências.

Modificações ou alterações eventuais no projeto deverão ser informadas por escrito ao Comitê de Ética, identificando o que foi alterado acompanhado de justificativa. O Comitê de Ética apreciará o pedido e emitirá o seu parecer.

O pesquisador deverá encaminhar ao Comitê de Ética em Pesquisa da Univale o relatório final (Formulário 10). Outras orientações no site www.univale.br/sites/cep.

Atenciosamente,

Profª Drª Ivana Cristina Ferreira Santos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
Reconhecida pelo Parecer nº 16/92 CFE Portaria 1037/92 MEC
Mantenedora: FUNDAÇÃO PERCIVAL FARQUHAR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:

Título: Territorialização em Saúde: realidades do planejamento nas estratégias de saúde da família
Pesquisador Responsável: Luciano Antonio Rodrigues
Se Dissertação incluir nome do aluno(a) Participante:
Contato com pesquisador responsável: Endereço: Av Fidelis Ferrari, 111/401 – Lacê – 29.703-030 Colatina – ES Telefone(s): (27) 9224-2330 – e-mail: profLucianorodrigue@gmail.com
Comitê de Ética em Pesquisa Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: 3279 5575

2 – Informações ao participante ou responsável:

- 1) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa para dissertação de Mestrado em Gestão Integrada do Território da UNIVALE cuja área conhecimento é de Saúde Coletiva tendo como área concentração Estudos Territoriais e linhas de pesquisa Território, sociedade e saúde, a ser realizado pelo mestrando Luciano Antonio Rodrigues, sob a orientação da Profa. Dra. Suely Maria Rodrigues, com o título: TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE: realidades do planejamento nas estratégias de saúde da família.
- 2) Esta pesquisa acontecerá no período de Setembro de 2012 à Outubro de 2012 com as 15 equipes de Saúde da Família da zona Urbana do município de Colatina – ES, sendo que o questionário que contempla as variáveis sócio-demográficas será respondido por todos os profissionais 15 enfermeiros e 15 médicos de cada equipe, totalizando 30 respondentes.

Das 15 equipes de ESF serão sorteadas 5 equipes, as quais os 5 enfermeiros e 5 médicos serão entrevistados, sendo abordando temas como organização do trabalho, planejamento de ações assistenciais e processos de trabalho e concepções de território e territorialização em saúde.

O pesquisador estará informando a sua equipe de ESF foi sorteada para a aplicação do questionário e desenvolvimento concomitante com a entrevista.

- 3) A pesquisa terá como objetivo identificar a influência do conhecimento de território e territorialização em Saúde, dos profissionais das Estratégias de Saúde da Família, no planejamento das atividades de saúde da família.
- 4) Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações que informam sobre o procedimento:
 - 4.1) O entrevistador lhe fará algumas perguntas. Ao respondê-las, é muito importante que suas respostas sejam sinceras. Caso alguma pergunta lhe provoque constrangimento, você não precisará responder. Peça ao entrevistador para passar para a próxima pergunta. Durante a entrevista, o entrevistador registrará eletronicamente por meio de um gravador de voz digital suas contribuições. Ao final, você poderá verificar se os registros estão de acordo com suas respostas, bem como se foi feita qualquer registro que possa identificá-lo (a). Você tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento durante a entrevista, podendo até mesmo, solicitar que seja deletado o registro feito até o momento.
 - 4.2) Sua participação será apenas de fornecer as respostas às perguntas. O tempo previsto para a entrevista é de trinta minutos.
- 5) Você poderá se recusar a participar da pesquisa ou poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.
- 6) A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários a sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.
- 7) A sua participação poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos: insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação.
- 8) Preveem-se como benefícios da realização dessa pesquisa, a conscientização de contribuir para melhorias dos serviços de saúde e melhores perspectivas dos resultados alcançados possam direcionar estratégias de trabalho para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

- 9) Serão garantidos o anonimato e privacidade aos participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.
- 10) Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos e Dissertação de Mestrado.

Confirmando ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

Colatina, ____ de _____ de 2012.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____