



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ARLENE MARIA DE JESUS

**O PAPEL DO APOIADOR INSTITUCIONAL NO PROCESSO DE
TERRITORIALIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Camaçari

2017

ARLENE MARIA DE JESUS

**O PAPEL DO APOIADOR INSTITUCIONAL NO PROCESSO DE
TERRITORIALIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Este é o Trabalho de Conclusão de Residência – TCR elaborado para apreciação da banca examinadora como requisito para a formação da Residência Multiprofissional da Fundação Estatal em Saúde da Família FESF-SUS em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz.

Camaçari

2017

JESUS, Arlene Maria de. O papel do apoiador institucional no processo de territorialização na estratégia saúde da família: um relato de experiência, 32f. Trabalho de Conclusão da Residência – TCR, Fundação Estatal em Saúde da Família FESF-SUS em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, 2017.

RESUMO

A territorialização na ESF é uma técnica da área do planejamento em saúde utilizada para produzir informações de base territorial e tem como eixo o caráter participativo que facilita na interação entre a equipe, a população e os atores políticos, e ainda concede ao profissional o papel de ator principal na organização do processo de trabalho em saúde local e na utilização das práticas de vigilância para a realização de ações em saúde na comunidade. Para isso, esses profissionais podem receber o auxílio do Apoiador Institucional. Trata-se de um relato descritivo, transversal que objetiva descrever a experiência de uma residente sanitária, na função de Apoiadora Institucional, na realização do processo de territorialização de uma USF em Camaçari, Bahia, ano de 2016. O planejamento do processo de territorialização ocorreu numa reunião de equipe da USF. Houve muita dificuldade para sensibilizar a equipe sobre a importância da participação de todos no processo da territorialização, entre muitas reclamações, citaram que a equipe não tinha obrigação de realizar a atividade da ACS. No diálogo, houve informação da apoiadora, que segundo a PNAB esta atividade era responsabilidade de toda a Equipe. Por conta do adoecimento da ACS e da eclosão de uma greve dos servidores do município, foram realizados cerca de 50% das visitas. Na discussão é evidente que a maioria dos servidores de saúde é resistente em realizar atividades extramuros, principalmente a territorialização. Sendo assim, é importante direcionar os profissionais na sua prática de cuidado, convidando-os a ajustar os conhecimentos teóricos de sua profissão às necessidades dos usuários.

Palavras chaves: Território, Atenção Básica de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Planejamento em Saúde.

JESUS, Arlene Maria de. The role of the institutional supporter in the process of territorialization in the family health strategy: an experience report, 32f. Residence Completion Work - TCR, Fundação Estatal em Saúde da Família FESF-SUS em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, 2017.

ABSTRACT

Territorialisation in the ESF is a technique in the area of health planning used to produce territorially based information and has as its axis the participative character that facilitates the interaction between the team, the population and political actors, and also grants the professional the role of actor Main in the organization of the local health work process and in the use of surveillance practices for health actions in the community. For this, these professionals can receive the help of the Institutional Supporter. This is a descriptive, cross-sectional report that aims to describe the experience of a sanitary resident as an Institutional Supporter in the process of territorialisation of a USF in Camaçari, Bahia, in the year 2016. The planning of the territorialization process occurred At a USF team meeting. It was very difficult to raise the awareness of the team about the importance of the participation of all in the process of territorialization, among many complaints, that the team had no obligation to carry out the ACS activity. In the dialogue, there was information from the supporter, who according to PNAB this activity was the responsibility of the whole Team. Due to the illness of the ACS and the outbreak of a strike of the city's servers, approximately 50% of visits were made. In the discussion, it is evident that most health workers are resistant to carrying out extramural activities, especially territorialization. Therefore, it is important to direct the professionals in their practice of care, inviting them to adjust the theoretical knowledge of their profession to the needs of the users.

Key words: Territory, Basic Health Care, Family Health Strategy, Health Planning.

ARLENE MARIA DE JESUS

**O PAPEL DO APOIADOR INSTITUCIONAL NO PROCESSO DE
TERRITORIALIZAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Residência – TCR apresentado como requisito final para obtenção do grau de Especialista em Saúde da Família, Fundação Estatal em Saúde da Família FESF-SUS, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

Aprovada em 21 de fevereiro de 2017

BANCA EXAMINADORA

Rafael Damasceno de Barros - Orientador

Renan Vieira de Santana Rocha

Pedro Romero Barbosa Sabino Pinho

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 METODOLOGIA DE TRABALHO.....	9
3 TERRITORIALIZAÇÃO EM ATO.....	11
3.1 O INÍCIO.....	11
3.2 ANÁLISE DA SAÚDE POPULACIONAL E DO VÍNCULO ENTRE A USF E O USUÁRIO.....	16
3.3 O PAPEL E PARTICIPAÇÃO DE CADA ATOR NA TERRITORIALIZAÇÃO...17	
3.4 PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO: AS POTENCIALIDADES E DIFICULDADES ENCONTRADAS.....	20
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
6 ANEXOS.....	32

1 INTRODUÇÃO

Em 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990), foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), modelo público de ações e serviços em saúde que vigora no território nacional e tem princípios e diretrizes que garantem a todos o direito à saúde. Na atualidade, a consolidação do SUS envolve vários e complexos desafios que exigem mudanças estruturais e estratégias longitudinais (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2008). Essa consolidação foi resultado de uma ampla mobilização de forças sociais em busca da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que determinou, a partir do reordenamento ideológico e institucional, a alteração da antiga configuração institucional e política do sistema público de saúde para a unificação de uma política nacional no âmbito do Ministério da Saúde (MS), que integrasse todas as ações relacionadas à promoção, prevenção e recuperação em saúde (TEIXEIRA, 2011; MENICUCCI, 2014).

Em 1993, influenciada pelo recém-criado sistema de saúde, surgiu no Brasil a Estratégia Saúde da Família (ESF) que objetivou, em conformidade com os princípios do SUS, contribuir na reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica (AB). Esta estratégia introduziu um novo modelo de trabalho em saúde, onde a família é o centro da atenção e o desenvolvimento de ações de promoção de saúde é a meta desejada (ROSA, LABATE, 2005).

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012), a AB compreende um conjunto de serviços de saúde que buscam ofertar uma atenção integral tanto no âmbito individual quanto no coletivo, visando melhorar a situação de saúde da população. Para garantir o acesso a esses serviços com qualidade, a AB investe em estruturas como as Unidades de Saúde da Família (USF), que são implantadas na comunidade. Além disso, tem como fundamentos e diretrizes: o desenvolvimento da relação do vínculo e da corresponsabilização entre as equipes e a população; a existência do território adscrito que permita realizar o planejamento estratégico situacional (PES); e, ainda, a adscrição dos usuários.

Segundo Fuini (2014) a territorialização consiste em instituir referenciais simbólicos e idênticos ao recorte espacial limitado e em vincular populações e instituições ao território.

Para Pereira e Barcellos (2006) a territorialização adquire três sentidos diferentes: demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência. Gondim e Monken (2009) afirmam que o processo de territorialização pode ser compreendido como um movimento oriundo da expansão do modelo de produção capitalista e seus aspectos culturais, caracterizando-se como um dos produtos das contradições sociais sob a tríade economia, política e cultura (EPC). Segundo Monken (2008), a territorialização na ESF é uma técnica utilizada pela área do planejamento em saúde para produzir informações de base territorial e tem como eixo o caráter participativo que facilita na interação entre a equipe, a população e os atores políticos, e ainda concede ao profissional o papel de ator principal na organização do processo de trabalho em saúde local e na utilização das práticas de vigilância para a realização de ações em saúde nas comunidades. Diante da complexidade do processo de territorialização, o seu desenvolvimento na ESF pode ser auxiliado por Apoiadores Institucionais (PEREIRA, CAMPOS, 2014; BRASIL, 2003; BARROS et al, 2011).

Baseado na Política Nacional de Humanização (PNH), o MS iniciou um processo de formulação e implantação do Apoio Institucional, com foco no apoio à mudança dos modelos de gestão e na atenção dos sistemas/serviços de saúde (PEREIRA, CAMPOS, 2014; BRASIL, 2003). Esse novo profissional tem como função intervir nas práticas de produção, propondo um novo modo de fazer, acompanhando e construindo ao lado da equipe os processos dessa mudança (BARROS *et al*, 2011). Neste sentido, o processo de territorialização na ESF pode ser auxiliado por este profissional, principalmente, quando este detém conhecimentos e habilidades referentes ao processo de mediação de conflitos, liderança, mudanças dos processos organizacionais e operacionais, dentre outros, podendo ser capaz de promover sentido e valor de uso à territorialização, ao compreendê-la como um elemento estruturante da organização do processo de trabalho na ESF.

A territorialização é um importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, podendo ser facilitada pela articulação intersetorial do Apoiador Institucional (MONKEN, BARCELLOS, 2007; CASANOVA, BARROS, TEIXEIRA, 2014). Neste sentido, diante de uma lacuna na literatura brasileira, verifica-se a necessidade de explorar esse tema, podendo vir a contribuir com o fortalecimento do processo

territorialização da ESF em outras regiões ao descrever as potencialidades e fragilidades desta experiência.

Este Trabalho de Conclusão de Residência teve como objetivo descrever a experiência de uma residente sanitária, na função de Apoiadora Institucional, na realização do processo de territorialização de uma USF em Camaçari, Bahia no ano de 2016.

2 METODOLOGIA DE TRABALHO

Trata-se de um relato de experiência descritivo, transversal que ressalta o processo de territorialização. Esta atividade foi baseada na Nota Técnica (NT) de territorialização publicada pela Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari-Bahia no ano de 2016, com o objetivo de orientar a atualização da territorialização na ESF.

Esta experiência ocorreu numa localidade com característica rural, situada em uma Área de Proteção Ambiental (APA), com relativa distância do centro de Camaçari. O local apresenta uma organização espacial onde as residências dos moradores mais antigos, a USF, os principais armazéns e a escola municipal encontram-se distribuídas ao redor de uma praça central. O bairro apresenta uma vasta área florestal com presença de lagos em algumas localidades e tem uma extensão territorial de 153.000 Km² (SOUSA, ARAÚJO e SANTOS, 2007). Observa-se também a presença de saneamento básico somente nas ruas mais próximas ao centro; nas áreas mais afastadas encontra-se um solo arenoso e montanhoso. Em geral, a população aparenta ter baixa condição socioeconômica.

A USF fica próxima à praça central, entre um restaurante popular e a Associação de Moradores. Tem uma (1) equipe mínima que trabalha numa estrutura precária, pequena e mal ventilada, com déficit de materiais, insumos e equipamentos. Todos os profissionais que atuam nesta USF são servidores do município sendo: uma (1) recepcionista, uma (1) auxiliar de higienização e uma (1) equipe de saúde da família com um (1) médico, uma (1) enfermeira, duas (2) técnicas de enfermagem, uma (1) cirurgiã-dentista, uma (1) Agente Comunitária de Saúde (ACS) e uma (1) Auxiliar de Saúde Bucal (ASB).

Para apoiar a equipe no processo de trabalho, havia a Residência Multiprofissional em Saúde da Família que é composta pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e que contém duas (2) fisioterapeutas, uma (1) nutricionista e três (3) professores de educação física e pelo Apoio Institucional com uma (1) sanitária. Essas duas categorias, além de atuarem e assumirem as mesmas responsabilidades dos demais profissionais das outras unidades, também estavam em processo de especialização em Saúde da Família.

A Residência em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família, coordenada pela Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) foi inserida neste município em março de 2015. A princípio, a residência atuava em sete (7) USF da região 4 do município, dentre elas estava a USF de estudo.

No processo de territorialização, o período das visitas na localidade durou três dias (16, 18 e 25 de janeiro de 2016) com a presença do médico clínico, da ACS, da ASB, da enfermeira, da Apoiadora Institucional, do NASF, de dois representantes da associação de moradores e de uma usuária.

Para aproveitar a disponibilidade do transporte do Departamento da Atenção Básica (DAB), a equipe realizou a visita ao território em dois turnos. O NUTRIMÓVEL, carro oficial do departamento, recolhia a equipe na USF e deixava-a em um ponto de referência.

A atividade tinha como método a divisão de pequenos grupos de 3 a 4 pessoas para visitar diferentes ruas e aplicarem um questionário estruturado que estava anexo à NT, contendo perguntas que eram aplicadas nos domicílios, relacionadas às condições de saúde dos moradores. Era questionado o número de moradores existentes nas casas, entre crianças e gestantes. Verificava-se a existência de algum caso de hipertensão arterial, diabetes, acamados, portadores de transtorno mental, tuberculose, hanseníase e deficiência física. As respostas eram anotadas na planilha junto com o nome das ruas. Quando os moradores não estavam presentes nos domicílios no momento da visita, os vizinhos informavam se havia moradores na residência vizinha e se estes ausentes estavam entre alguns dos grupos mencionados. Ressalta-se que ao fazer isso, as informações podem ter fragilidades, contudo era a única maneira de se chegar o mais próximo possível dos dados, já que, a princípio, não foi considerada por nenhum dos integrantes do processo de territorialização a ida da Equipe

no final de semana ou à noite ao bairro para acompanhar as pessoas que durante o dia não estavam em casa.

3 TERRITORIALIZAÇÃO EM ATO

3.1 O INÍCIO

Para Môra *et al* (2013) o primeiro passo que uma equipe deve dar para o processo de reconhecimento de um território é a realização da visita ao local, que deverá ser sistematizada e planejada, o que vem a facilitar o conhecimento das características locais.

Para iniciar a exploração do território deste estudo, ocorreram duas reuniões entre a ACS, os dois presidentes da associação de moradores e a residente Apoiadora Institucional. O primeiro encontro teve com meta articular e aproximar a associação de moradores com a USF de referência, pois, apesar destas instituições serem vizinhas e terem a ACS como secretária da associação, eram estabelecimentos que não dialogavam e nem se articulavam. Na segunda reunião foram planejadas as visitas ao campo e coleta de informações peculiares do local. E neste momento, foi revelado à residente Apoiadora que o bairro tem a média de 100 anos de existência e ainda não possui Código de Endereçamento Postal (CEP). Para a realização desta reunião a Apoiadora Institucional utilizou a ferramenta “Método da Roda ou Método Paidéia” (BERTUSSI, 2010). Essa metodologia se baseia na reunião de atores que dialogam na perspectiva de construir acordos e regras entre si e que se organizam para atuarem num processo coletivo, a fim de chegar a um objetivo final, que neste caso, foi a territorialização.

Houve muitos projetos e programações para alcançar os objetivos de reconhecimento deste território e um deles era a elaboração do mapa dinâmico. Estes mapas são utilizados para representar visualmente determinada região, considerando as alterações do tempo e os movimentos do espaço e tem a possibilidade de oferecer mais dados, maior praticidade e

melhor assimilação de conteúdo. Como exemplos de mapas dinâmicos, temos crescimento populacional, correntes atmosféricas, tráfego, entre outros (MARCELLO e MACHADO-HESS, 2014). No setor da saúde, este mapa possibilita ofertar uma visão espacial com grande detalhamento da área e também de apresentar informações sobre as condições de saúde da população daquele território, que obviamente são dinâmicos, mudando de acordo com o tempo, espaço e contexto político ou histórico.

A associação de moradores possui um mapa estático com uma imagem grande e de boa resolução, que abrange grande parte da área pertencente à USF. Esse tipo de mapa é uma fotografia em um dado momento e local e não permite prever potenciais de mudanças, porém, permite realizar edições e atualizações, sendo reelaborados e apresentados com informações mais recentes. Como exemplos de mapas estáticos, temos: divisão político-administrativa, bacias hidrográficas, entre outros (MARCELLO e MACHADO-HESS, 2014). A Apoiadora acordou com a associação de moradores o aprimoramento e a adaptação deste mapa, passando a conter informações relativas ao campo da saúde coletiva, possuindo valor tanto para a USF como para a associação.

O planejamento do processo de territorialização ocorreu numa reunião de equipe da USF. Foi realizada pela apoiadora a leitura da NT e o preenchimento do cronograma enviado via Comunicação Interna do Departamento da Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Município em questão. Entre as atividades descritas na NT destacavam-se o preenchimento das informações das micro-áreas cobertas, a realização de um mutirão para atualização das informações da área e a análise das ruas, famílias e pessoas de cada micro-área. Trazia como base os parâmetros da PNAB, onde cada área de abrangência deveria possuir no máximo 12 micro-áreas com no máximo 750 pessoas cadastradas por micro-área. Para as zonas rurais e áreas rarefeitas, considerava-se o parâmetro de 500 pessoas/ACS.

Houve muita dificuldade para sensibilizar a equipe sobre a importância da participação de todos no processo da territorialização. Muitos reclamavam da falta de tempo; da existência de apenas uma equipe na unidade, o que implicaria no fechamento da USF no dia da atividade; outros afirmavam não ter obrigação de realizar a atividade da ACS e que esta atividade não teria funcionalidade para a Equipe.

No diálogo, a equipe foi informada pela apoiadora que segundo a PNAB esta atividade era responsabilidade de todos os profissionais de saúde e que era preciso seguir a NT. De

acordo com a PNAB (BRASIL, 2012), todos os profissionais têm como atribuição comum participar do processo de territorialização e do mapeamento da área de atuação da Equipe que venha a identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades.

Ainda assim, houve resistência, porém, o médico entrevistado neste momento se prontificando a ajudar. Essa atitude estimulou a ASB e a enfermeira a participarem da territorialização. As duas técnicas resistiram, uma informou que por recomendação médica não podia realizar longas caminhadas e a outra se recusou sem nenhum tipo de argumento. Nesta reunião, a dentista estava de férias e quando retornou, voltou-se a discutir a NT e ela, mesmo insatisfeita, aceitou participar.

Após conversar com a equipe, houve o diálogo da apoiadora com o NASF, que não apresentou nenhum tipo de resistência e logo informou que dividiria o próprio grupo do NASF, realizando um rodízio entre os profissionais, para auxiliar na territorialização. O NASF surgiu para ampliar a abrangência e a resolubilidade das ações da Atenção Básica, compartilhando as práticas e saberes em saúde e atuando diretamente no apoio matricial às equipes que esteja vinculada (BRASIL, 2012).

O primeiro dia da territorialização foi muito desafiador e estressante para a Apoiadora, pois após vários acordos anteriores com a equipe mínima; a enfermeira, a dentista e a ASB questionaram mais uma vez que a territorialização não era função delas; que não adiantaria realizar essa atividade; que diante de coisas mais importantes que estavam acontecendo na USF como a falta de material e insumos, essa atividade teria menos valor; que por conta da grande extensão territorial, era impossível realizar a territorialização desta localidade, dentre outros argumentos.

O estudo realizado por Bertussi (2010) informa que, assim como no mundo circense, o cotidiano de trabalho do Apoiador Institucional depende das afetações produzidas, e considerando as singularidades do espaço, há necessidade do uso de máscaras e personagens, mutáveis e flexíveis, tais como: mágico, palhaço, equilibrista, contorcionista, cuspidor de fogo e amestrador.

No momento da discussão com a equipe, onde era apresentada uma forte resistência ao processo de territorialização, a Apoiadora viu a necessidade de usar as máscaras de “cuspidor de fogo” e do “mágico”. Segundo Bertussi (2010) a máscara “cuspidor de fogo” surge quando as falas do Apoiador produzem muitos ruídos e desconfortos, onde qualquer transmissão de

informações resulta em incêndio. Já a máscara do mágico, utiliza de sua caixa de ferramenta, as tecnologias leve-duras (normas, rotinas administrativas, dentre outras) e as tecnologias leves (relação com a equipe), a fim de produzir movimentos do pensar e do agir (MERHY, 1997). Essa máscara sugere ilusões que confundem e surpreendem, por darem a impressão de que algo impossível pode acontecer. Com o bom uso das tecnologias leve-duras e leves, o trabalho do apoiador resulta em transformações de problemas aparentemente insolúveis.

Assim, a Apoiadora informou que a territorialização era função de todos da equipe; que é preciso conhecer a comunidade para realizar o planejamento das ações; que a falta de material não era justificativa para a recusa da realização desta atividade, pois um fato não inviabilizava a outro.

Ainda assim, a tensão continuava. A enfermeira informou que, em outro momento, o DAB tinha compreendido que era impossível realizar a territorialização neste local. Então, a Apoiadora respondeu à profissional que o cenário atual era bem diferente. Com apenas uma equipe, realmente, seria difícil realizar essa atividade, já que essa área é bem dispersa. Contudo, naquele momento, eles tinham além da equipe seis pessoas que estavam determinadas a ajudá-las (três integrantes do NASF, a Apoiadora Institucional e dois integrantes da associação). Mesmo com todos os argumentos discorridos pelo Apoio Institucional, caso houvesse recusa da equipe, um documento seria produzido relatando o episódio.

Após todo este momento de discussão, a cirurgiã-dentista se recusou a participar da atividade e se trancou no consultório. Isso não abateu os demais profissionais, principalmente o NASF, que ajudou a apoiadora no planejamento desta atividade.

Sendo uma sanitarista na função de Apoiadora, é decepcionante perceber a existência de profissionais atuantes na Atenção Básica e com responsabilidade sanitária por milhares de pessoas, que não possuem embasamento teórico e nem conhecimento prático sobre as suas atribuições no SUS. De acordo com Santos e Rigotto (2010), os profissionais da Atenção Básica tem que ampliar o olhar sobre o território a fim de superar os limites da USF e das práticas do modelo de atenção convencional, adequando as ações de saúde à singularidade do contexto da comunidade. Além disso, deve haver uma abordagem multidisciplinar e uma organização do processo de trabalho de forma horizontal, possibilitando a participação de

todos no processo decisório (MÔRA et al, 2013) . Ainda assim, foi muito gratificante notar que, mesmo diante de tantos conflitos, estresse e desafios, os profissionais que participaram da atividade, principalmente a enfermeira e a ASB, notaram a necessidade da realização de atividades coletivas extramuros e o quanto a territorialização é importante para o diagnóstico local de saúde e, conseqüentemente, para a promoção de saúde e prevenção de agravos. A Apoiadora percebeu o quanto foi válido utilizar suas ferramentas para conscientizar a equipe e como um “Apoiador-palhaço”, pode se sentir vivo e vibrante em suas intensidades ao extremo de conseguir afetar e ser afetada pela equipe (BERTUSSI, 2010).

Na manhã do primeiro dia, houve a territorialização da maior parte da área chamada de “invasão” e, por conta disso, notaram-se muitas casas abandonadas e/ou fechadas e afastadas umas das outras. Por esse motivo, mesmo o médico disponibilizando o seu carro para agilizar a atividade, a equipe percebeu que seriam necessários mais dias para realização e exploração do território. No segundo dia a equipe visitou pela manhã duas localidades pertencentes a esse território com características rurais. Pela tarde do segundo dia, todos foram a outro bairro que apresentava um cenário mais urbano. Na manhã do terceiro dia, continuou a territorialização deste bairro, que estava situado do outro lado da via principal com casas luxuosas e piscinas. Em contrapartida, encontraram-se também duas casas de lona, que eram resididas por famílias ciganas. De acordo com Camaçari (2014) alguns ciganos, como a família Soares, estão na região desde os anos 70, enquanto que outras famílias, como Dantas e Ribeiro são mais recentes e chegaram por volta dos anos 90 no município. Essa realidade me afetou profundamente, pois é neste momento que percebemos o quanto os determinantes sociais interferem na saúde da população, uma vez que, essas famílias ciganas estão mais vulneráveis e propícias em adquirir alguma morbidade do que as pessoas que moram nas casas luxuosas.

Até esse momento, de acordo com as análises, foram realizados cerca de 50% das visitas e ficou previsto o retorno a essa atividade em outros dias até completar todo o território pertencente a essa USF. Porém, infelizmente, não foi possível concluir 100% do total das amostras, pois no próximo dia da visita, a ACS, que era a única pessoa apta para referenciar a equipe todos os dias, ficou doente e a visita teve que ser adiada algumas vezes até a melhora da profissional. Durante esse período, eclodiu no município uma greve dos servidores, deixando a equipe frustrada e com a sensação de trabalho inacabado. Por conta desta greve, não houve tempo para o aprimoramento e a adaptação do mapa estático e dinâmico da localidade. Além disso, em março de 2016, o Departamento de Atenção Básica (DAB)

redistribuiu algumas unidades entre as Apoiadoras Institucionais do município e por conta dessas mudanças, a área que era coberta pela residência passou a ter cinco (5) unidades de saúde e foi renomeada como região 3. Em consequência, a USF do estudo deixou de ser coberta pelo NASF e pela Apoiadora Institucional da residência.

No decorrer desta atividade, a Apoiadora Institucional continuou a adotar a máscara do “mágico” de Bertussi (2010), utilizando a ferramenta para que a equipe revisse os seus conceitos sobre a territorialização, deixando-a sensibilizada com o processo e produzindo, assim, o interesse de continuar com esta atividade em outro momento, caso fosse necessário.

3.2 ANÁLISE DA SAÚDE POPULACIONAL E DO VÍNCULO ENTRE A USF E O USUÁRIO.

Durante a graduação o sanitarista passa por atividades práticas das quais a territorialização é inclusa, neste momento, que percebe-se a importância desta atividade para a descoberta do território e das singularidades locais, para a aproximação com os moradores e com as instituições presentes no espaço e determinantes sociais que venham a influir no serviços e na qualidade da saúde da população. Segundo Monken e Barcellos (2007) quando o profissional de saúde participa do processo de territorialização, há maior êxito na análise do impacto dos serviços sobre a saúde da população e na construção de vínculos entre os serviços de saúde e a comunidade. Santos e Rigotto (2010) afirmam que as singularidades pertencentes ao território vão surgindo a partir da aproximação entre as pessoas e neste momento a Apoiadora utiliza a máscara do Apoiador-palhaço para disseminar a sensação de liberdade, fazendo com que a equipe quebre a sua rotina na unidade de saúde e conheça novas possibilidades de fazer saúde (BERTUSSI, 2010).

Foi interessante perceber a reação de surpresa da equipe quando uma moradora afirmou abertamente, no primeiro contato, que possuía transtorno mental ao ser questionada se na sua casa havia alguém que sofresse de tal agravo. Nunes, Vlândia e Valentim (2007) ratificam que deve haver a priorização do diálogo e do vínculo com a população, para

consequentemente, ampliar a escuta em todo o território e tornar a USF uma grande articuladora da rede e estimuladora do empoderamento do usuário. De acordo com Bertussi (2010) o usuário é gestor de sua própria vida e disputa com os profissionais de saúde os projetos do cuidado.

Em relato sobre os problemas de saúde da população, dois moradores denunciaram que havia casos de Leishmaniose e de Dengue no bairro, mas que nunca houve visita dos agentes de endemias na localidade. Outro morador advertiu que constava na rua da sua residência três casos de vizinhos que fazem hemodiálise e que um deles vai todos os dias para a capital para a realização de hemodiálise. Segundo Monken e Barcellos (2005), a territorialização é o ponto de partida para a identificação de problemas de saúde na comunidade, realizando uma listagem de agravos prevalentes e evidenciáveis, através das notificações.

Uma moradora ficou surpresa ao ver a presença do médico na sua residência. Para muitos o médico é um profissional que não mantém vínculo com seus pacientes fora do consultório e academicamente é orientado pelo modelo biomédico na perspectiva curativa, ignorando ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (RIBEIRO, AMARAL, 2008) e consequentemente, desvalorizando o trabalho da Atenção Primária (ROMANO, 2008). De acordo com Romano (2008) um médico de família tem que saber manejar as condições biológicas, psicossociais e ambientais em todas as faixas etárias, além de valorizar o sujeito e seu território, manter o vínculo e a humanização da relação médico-paciente.

3.3 O PAPEL E PARTICIPAÇÃO DE CADA ATOR NA TERRITORIALIZAÇÃO

Todos os atores que participaram da territorialização tinham a mesma função, qual seja a de identificar as casas, chamar pelo morador e aplicar as perguntas do questionário. Por segurança, sempre andavam em pequenos grupos. Para Santos e Rigotto (2010) é desejável a formação de um grupo envolvendo profissionais de saúde, lideranças e moradores locais para a realização da territorialização.

A participação do médico nesta atividade foi muito importante, pois foi um profissional que desde momento da discussão da NT, colaborou com a Apoiadora da USF, mostrando a importância da territorialização para a qualificação dos serviços ofertados aos usuários e logo se prontificou a participar da territorialização. Nos momentos das atividades, ele “suou” literalmente a camisa ao caminhar pela comunidade, bater nas portas dos moradores e conversar com os pacientes. Ele aproveitou o momento até para realizar algumas visitas domiciliares e consultas *in loco*. VILLA et al (2015) trazem que embora o trabalho da ESF se apresente com uma estruturação mais horizontalizada, o profissional médico permanece como uma figura central, demonstrando que independentemente dos lugares ocupados pelos trabalhadores, as relações de poder são marcantes na hierarquia entre os profissionais.

A relação da Apoiadora com o médico aconteceu de forma afetuosa e com múltipla confiança. Juntos, planejaram ações para facilitar o processo de trabalho de toda a equipe e para melhorar a saúde da população, já que este profissional demonstrava compromisso com a comunidade. Para Bertussi (2010) o trabalho do Apoiador acontece numa prática relacional permitindo uma intercessão entre a Apoiadora e a equipe de saúde, configurando na introdução de mudanças no cotidiano da USF em relação ao processo de trabalho da equipe e em mais comprometimento com as necessidades de saúde da população.

A ASB foi uma profissional que, a princípio, não se interessou em participar da atividade, desvalorizando esse processo como uma atividade coletiva, pois acreditava que a territorialização era uma tarefa unicamente da ACS, mas, após a primeira visita, percebeu a necessidade desta atividade e, assim, a realizou com muito entusiasmo, alegria e assiduidade. Para que esta profissional desenvolvesse a reflexão sobre o processo de trabalho e desejasse realizar novas ações, valorizando a atividade da territorialização como promoção de imagens momentâneas, capazes de transformar o caos, na alegria de sair da rotina e de se afastar dos problemas existentes na ESF, a Apoiadora continuou dispondo da máscara do Apoiador-palhaço (BERTUSSI, 2010).

A ACS apresentou-se muito dedicada e entusiasmada com o processo da territorialização, pois, segundo ela, o resultado da territorialização iria ajudar bastante na admissão de mais ACS para cobrir aquele território e no seu processo de trabalho. Ela estava presente e determinada em todos os momentos das visitas e sua participação na identificação do território foi tão importante que, com sua ausência, a atividade teve que ser adiada.

De acordo com a PNAB, o ACS tem como atribuições: realizar mensalmente visitas domiciliares, desenvolver atividades de educação e vigilância em saúde e ainda realizar ações de integração entre a equipe de saúde e a população adscrita (BRASIL, 2012). Nos momentos que antecederam o processo da territorialização, ocorreram diálogos entre a Apoiadora e a ACS, onde a agente de saúde falou dos sofrimentos e adoecimentos decorrentes de suas atribuições como profissional de saúde e da sobrecarregada de trabalho por ser a única ACS de referência da USF. Neste momento, a Apoiadora percebeu que a atividade de territorialização poderia qualificar o processo de trabalho desta profissional. Assim, a residente trabalhou com a ACS a metodologia de valorização do trabalhador (BRASIL, 2003), fornecendo à agente de saúde a oportunidade de expor suas experiências adquiridas no território e com a equipe, tomar decisões no processo da atividade.

Apesar da enfermeira, no início, apresentar muita resistência, acabou participando e ajudando bastante no processo de territorialização. O único dia em que ela se atrasou e não pôde acompanhar a equipe na atividade, chegou até a Apoiadora e se desculpou. Era nítido o quanto ela estava disposta, apesar da falta de costume de andar embaixo de Sol, subindo e descendo ruas sem saneamento. Em muitas visitas, a profissional reconheceu seus pacientes e até fez educação em saúde. Com esta profissional, a Apoiadora teve um momento de “Apoiador-contorcionista”, pois na discussão sobre a necessidade de realizar a territorialização houve muita resistência e aversão da enfermeira e a Apoiadora teve que se adequar à situação instituída até conseguir controlar os movimentos e adquirir da enfermeira o respeito e a representatividade do poder instituído (BERTUSSI, 2010).

O NASF sempre garantia a presença de três profissionais para acompanhar e apoiar a equipe nesta tarefa. Pelo próprio perfil, estes profissionais não mediam esforços e nem barreiras para estar junto à equipe, apoiando e descobrindo as particularidades locais. Em todo o momento, a relação da Apoiadora Institucional com o NASF foi de cooperação e amparo. Frequentemente os dois apoios se reuniam e/ou trocavam informações na perspectiva de planejarem as ações e atuarem com a equipe de saúde no processo da territorialização. Moura e Luzio (2014) ratificam que nos processos de trabalho do NASF são desenvolvidos entre tantas ações; atendimento compartilhado, ações nos territórios, planejamento local de saúde, apoio aos grupos de saúde, trabalhos educativos, mediação de conflito, entre outros. Portanto, as funções de apoio transitam tanto no núcleo do apoio institucional e quanto no núcleo do

apoio matricial. E a presença de uma não exclui outra, ambas podem trabalhar em parceria, desenvolvendo as suas atividades específicas.

A Apoiadora Institucional se apresentou bastante determinada em amparar a equipe e em resolver o problema da falta de um território com área delimitada, assim como comprovar a necessidade de mais ACS para a localidade. Também era objetivo do Apoio Institucional construir junto com a equipe o mapa dinâmico do território. Esteve presente em todos os momentos de visitas e manteve um vínculo com todos os atores participantes. No planejamento desta atividade, a Apoiadora pôde utilizar como ferramentas o Método da Roda, as tecnologias leve-duras e as tecnologias leves. Essas ferramentas ofertaram para a residente a possibilidade de realizar a articulação intersetorial e a escuta qualificada, de produzir na equipe a análise crítica sobre o processo de trabalho e a valorização da territorialização, e de se vincular com todos os atores (BERTUSSI, 2010).

Os dois representantes da associação de moradores foram importantes neste momento, pois, além de participarem da atividade, contribuíam com informações que pudessem ser necessárias para a equipe e também buscaram informações que fossem pertinentes para inserir no mapa que está sendo confeccionado pela associação de moradores. Segundo Casanova, Barros e Teixeira (2014) o vínculo com representantes sociais tende a revelar várias necessidades sociais e de saúde da localidade. Para as equipes de saúde, realizar um cuidado longitudinal, integral e próximo à comunidade é preciso, além de ofertar cuidados clínicos, obter conhecimentos sobre os determinantes sociais. Assim, o Apoiador poderá contribuir no incentivo da realização de uma escuta qualificada e de intervenções adequadas para o processo saúde-doença.

Uma usuária acompanhou diretamente o médico no dia que houve a atividade na rua onde ela morava. Ela foi importante para agilizar o trabalho deste profissional, pois orientava o médico sobre as casas vazias e outras informações pertinentes. Mostrou-se muito alegre em realizar essa atividade junto com a equipe de saúde e se ofereceu para participar das próximas visitas. Feuerwerker (2014) corrobora que os usuários podem ser protagonistas no desenvolvimento de novas formas de aprender, cuidar e produzir conhecimento, pois as diferentes vivências resultam em novos problemas, conhecimentos e relações.

3.4 PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO: POTENCIALIDADES E DIFICULDADES ENCONTRADAS.

Para Feuerwerker (2014), é importante não só construir no território um olhar pela busca e reconhecimento dos problemas, mas também perceber as potencialidades locais e o cotidiano dos indivíduos.

Durante o processo de territorialização, houve diversos desafios e condições que merecem ser destacadas.

Como potencialidades:

- ✓ Registra-se uma equipe multiprofissional, cooperativa e determinada. Essa potencialidade foi desenvolvida após a Apoiadora sofrer muitas angustias nos momentos de sensibilização de alguns profissionais da USF que desmereciam o processo e também de realizar importantes diálogos e vínculo com a equipe de saúde, com os integrantes da associação de moradores e com o NASF. Também destaca-se a disponibilidade do motorista, ao não dificultar qualquer tipo de ação ou demanda vindo pela equipe e proporcionar aos profissionais a tranquilidade para organizar a atividade e para se sentir seguro no território. Santos e Rigotto (2010) corroboram que o processo da territorialização além de ser um depositário de atributos da população, também oferta a possibilidade de uma atuação compartilhada ente a equipe de saúde, comunidade e gestão.
- ✓ Dado o tamanho do veículo que transportava a equipe, por ser um carro grande, do tipo Van, o NUTRIMÓVEL conseguia, de uma vez só, transportar toda a equipe, agilizando o processo da territorialização e ofertando à equipe mais conforto e interação. No estudo de Costa e Vasconcelos (2016), o quesito transporte da equipe foi apresentado como um limite que dificultava o acesso a algumas áreas.
- ✓ Ter uma usuária disponível para acompanhar o profissional. A moradora ajudou o médico na orientação das ruas e na identificação dos moradores, além de se oferecer para acompanhar a equipe em outros dias de territorialização. Essa atitude contribuiu para sensibilizar a equipe da importância de inserir o usuário em algumas atividades

da USF e para demonstrar o quanto os usuários se sentem importantes e valorizados quando podem "ajudar" o profissional de saúde. Segundo Môra (2013), a territorialização é um instrumento de aproximação e de co-responsabilização entre a comunidade e os profissionais de saúde que objetiva garantir um serviço de saúde com qualidade, configurando assim, a saúde como um verdadeiro exercício de cidadania.

- ✓ A colaboração de dois representantes da associação de moradores. Nota-se a necessidade de se manter o vínculo com representantes sociais, pois, além de agilizar o processo da territorialização, de proteger e advertir a equipe diante dos perigos locais, eles também podem contribuir com a USF em atividades educativas e extramuros. A Atenção Básica deve propiciar á população, uma rede de serviço organizada que assegure os princípios e diretrizes do SUS, ocasionando a ação cooperativa e solidária das instituições e o fortalecimento do controle social (MÔRA, 2013). A efetivação das ações da Atenção Básica resulta num olhar multiterritorial, envolvendo além dos profissionais de saúde, outras forças atuantes sobre o território como as lideranças comunitárias, as ONGs, movimentos sociais e instituições que possam modificar o perfil socio-epidemiológico local (SANTOS e RIGOTTO, 2010).
- ✓ A boa receptividade e cordialidade de muitos moradores. O processo de territorialização é obrigação de todos os profissionais da AB, mas mesmo assim, a boa receptividade da comunidade contribuiu para que esses momentos fossem menos cansativos e mais prazerosos.
- ✓ A presença muito significativa e importante dos integrantes do NASF. Sempre havia alguns integrantes do NASF presentes na atividade com o objetivo de facilitar, agilizar e apoiar a equipe. Essa presença também possibilitou a aproximação destes profissionais com a população e a divulgação dos serviços que são ofertados pelo NASF na unidade. Para Santos e Rigotto (2010) o NASF além de apoiar na organização do processo de trabalho da equipe e na complementação dos serviços ofertados pela Atenção Básica, também, pode se dedicar ao processo da territorialização.
- ✓ A presença de uma sanitarista de formação como Apoiadora Institucional. Além desta profissional valorizar os conceitos adquiridos na graduação (necessidade da realização da territorialização e a importância da implementação da PNAB), também tem um

olhar diferenciado para os determinantes sociais que interferem na promoção da saúde. Segundo Teixeira (2003) a graduação em Saúde Coletiva antecipa a formação do sanitarista que tem entre outras competências, a possibilidade de; analisar/monitorar a situação de saúde, planejar/gerenciar/avaliar os sistemas e serviços de saúde, promover a saúde e prevenir os riscos e gerenciar os processo de trabalho coletivo na perspectiva da consolidação da RSB. Paim (2006) ressalta a necessidade da existência deste profissional para a identificação de problemas que interferem no desenvolvimento da sociedade e para o apoio à implementação de estratégias voltadas para a diretriz da integralidade das ações de saúde e para o desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais.

- ✓ A ida do Apoio Institucional ao campo junto com a Equipe. Essa atitude facilitou e ressignificou o processo da atividade, pois, neste momento, a Apoiadora desenvolveu a teoria de fazer "junto" com a equipe e não "pela" equipe e isso forneceu mais vínculo e confiança desta para com todos e ao final, a maioria da equipe teve a sensação de ter sido literalmente apoiada. Cardoso *et al.* (2014) consideram o acolhimento como ferramenta primordial do Apoiador que pode colaborar no conhecimento e na apropriação do território, na identificação das possibilidades de intervenção, na articulação com os diversos atores locais, na valorização da cartografia e na análise dos indicadores de saúde.

Como dificuldades, cita-se:

- ✓ A existência de poucas casas com moradores, principalmente nas duas comunidades e na invasão, que pudessem dar respostas mais fidedignas à realidade de saúde local. Esse problema proporcionou na equipe uma preocupação, pois como o carro era muito disputado no município, não foi cogitando o retorno da equipe em outro momento. Costa e Vasconcelos, 2016 também salientam ter encontrado essa dificuldade no seu estudo, tornando o trabalho mais cansativo, uma vez que, em algumas comunidades a equipe de saúde teve que andar bastante e geralmente nem encontrava morador.
- ✓ A ausência de mais ACS que conhecessem todo o território e pudessem auxiliar na atividade. Infelizmente o município não tinha como ceder outros profissionais para essa

atividade, uma vez que todas as USF's do município estavam passando pela mesma atividade, simultaneamente.

- ✓ O adoecimento da única ACS existente na USF que acompanhava e orientava a equipe, fez com que a atividade fosse remarcada e suspensa várias vezes. Esta era a única profissional de saúde que conhecia todo o território, mesmo aquelas ruas que não eram de sua micro-área. Santos e Rigotto (2010) ratificam que quando um profissional de saúde da família chega a uma nova USF, na perspectiva de inverter o modelo de atenção à saúde no SUS, precisa conhecer e se vincular ao território.
- ✓ A greve dos servidores do município que se perpetuou por vários meses, trazendo como consequência, a interrupção de várias práticas de saúde, inclusive, a territorialização. Segundo Santos e Rigotto (2010) a organização social e política local e os processos de mobilização social são fatores que interferem no processo da territorialização.
- ✓ A saída da USF do estudo da região coberta pela residência da FESF. Essa mudança ocasionou a troca da Apoiadora Institucional da residência pela Apoiadora Institucional do município. Com essa mudança, alguns profissionais que estavam inseridos neste processo, como o NASF e a Apoiadora Institucional da residência, não puderam continuar na atividade.
- ✓ A falta de contribuição de quase metade da equipe da USF, dificultando a realização da atividade em menor tempo. A apoiadora só conseguiu mobilizar 57% dos integrantes da equipe mínima, atrasando a conclusão da atividade. Com isso, percebe-se a necessidade de trabalhar, entre outros temas da AB, o da clínica ampliada no serviço de saúde, salientando que essa diretriz é uma forma de humanizar o serviço prestado ao usuário (BRASIL, 2003; 2009).
- ✓ De acordo com Brasil (2009), quando queremos comprovar uma enfermidade do paciente, associamos a clínica à prescrição de medicamento ou a solicitação de exames, porém, a clínica é muito mais que isso, clinicar requer perceber o paciente integralmente, com toda a sua individualidade e complexidade. Pensando nisso, em 2003 a PNH incorporou como diretriz a clínica ampliada, ferramenta utilizada pelos profissionais da ESF e do NASF que foca no sujeito, na doença, na família e no contexto social, objetivando a promoção de saúde e a produção da autonomia do sujeito-

família-comunidade na resolução de seus problemas de saúde e a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) a partir da integração de uma equipe multiprofissional.

- ✓ A construção de um PTS é desenvolvida de forma integral e em conformidade com a vulnerabilidade de cada paciente, através do englobamento de eixos como: a compreensão ampliada do processo saúde-doença, que busca correlacionar alguns determinantes sociais (econômico, cultural, étnico, lazer, profissão, alimentação, escolaridade...) com a patologia orgânica do sujeito; e a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, que desenvolve a habilidade de amparo e o compartilhamento de diagnóstico entre os profissionais, a rede de serviços de saúde e o próprio usuário. Sendo assim, é importante direcionar os profissionais na sua prática de cuidado, convidando-os a ajustar os conhecimentos teóricos de sua profissão às necessidades dos usuários (DELZIOVO, PEDEBÔS, MORETTI-PIRES, 2012).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho passou por muitas etapas que poderiam subsidiar frutos significativos para a USF e conseqüentemente para toda a comunidade do bairro. Para a finalização desse projeto, desejava-se realizar reuniões de equipe para apresentar e discutir os dados colhidos e assim, melhorar a qualidade do serviço ofertado à comunidade, a partir da reorganização do processo de trabalho da equipe e com informações fundamentais que demonstrariam, em certo grau, as necessidades de saúde da população adscrita. Porém, este objetivo não foi alcançado e os dados que existiam foram repassados para a Apoiadora de referência municipal.

Vale ressaltar que a presença de uma sanitarista na função de Apoiadora Institucional contribuiu sensivelmente neste processo, uma vez que este profissional tem como diretriz a ida ao campo e a valorização da exploração territorial que acarreta na produção de informações de base territorial, na interação entre os sujeitos, na facilidade de organizar o processo de trabalho e no planejamento estratégico situacional.

A atividade, mesmo não chegando à etapa final, demonstrou que uma equipe multiprofissional, em linhas gerais, bem articulada, mobilizada e determinada pode sair do “conforto e segurança” de seu consultório para explorar o território, conhecer suas características, se aproximar e se vincular à comunidade a fim de realizar um planejamento de saúde de acordo com a realidade local.

É necessário registrar uma preocupação pela percepção do tipo de profissional que atua na atenção básica. Durante a residência multiprofissional foi notório que a maioria dos servidores do setor saúde é resistente em realizar atividades “extramuros”, ou seja, as atividades que são realizadas fora do espaço da USF, como a territorialização.

Percebe-se que a participação da comunidade em ações de saúde, além de desenvolver o vínculo, a escuta qualificada e a identificação dos principais determinantes sociais que afetam a população, também pode aproximar esses atores à unidade de saúde e fazê-los se sentirem também corresponsáveis pelas condições de saúde da sua comunidade.

Verifica-se o quanto é importante que os profissionais de saúde tenham bastante propriedade do território onde atuam, para que não se torne impossível a realizações de ações de saúde sem a presença de profissionais como os ACS, que tem mais aproximação com a localidade.

Salienta-se a importância de haver boas e adequadas condições de trabalho que forneça aos funcionários segurança, interação e conforto e torne as atribuições da Atenção Básica mais prazerosas, podendo, por fim, agilizar as atividades e alcançar um resultado com mais eficiência e eficácia.

Pensando na realização de uma territorialização exitosa é relevante considerar não só as potencialidades e dificuldades supracitadas, como também o cenário político do município, uma vez que os problemas existentes no município têm ligação direta com as ações e com os planejamentos em saúde e envolveu importantes atores como os profissionais de saúde, os representantes sociais e políticos e os usuários que, a depender dos seus interesses e contatos, podem interferir diretamente no processo e nos resultados desejados.

A partir das vivências relatadas, torna-se necessário a importância da realização do processo de territorialização, técnica de caráter participativo, que facilita a interação entre a equipe e comunidade e produz informações de base territorial, visando a estruturação do processo de trabalho. Neste processo é relevante a presença de uma Apoiadora Institucional

que, utilizando as suas caixas de ferramentas, terá possibilidade de realizar a atividade “ao lado” da equipe e de facilitar a articulação intersetorial. Para a residente apoiadora institucional, essa experiência foi relevante ao perceber que pôde liderar uma atividade tão importante e significativa para a equipe de saúde e para a comunidade de forma integrativa, desenvolvendo a articulação, o apoio e a interação entre vários atores de diferentes instancias e fomentando a realização um trabalho coletivo em pró da saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, M.E.B. et al. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), [S.l.] p. 4803-4814, 2011.

BERTUSSI, D.C. *O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde*. 2010, 234 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio de Janeiro- RJ.

BRASIL. Senado, *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990* – Lei Orgânica da Saúde 080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 169º da Independência e 102º da República.- Brasília, [S.n.], 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.html> Acesso em 12 de agosto de 2016.

_____. *Política Nacional de Atenção Básica PNAB*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília: Ed.Ministério da Saúde, 2012, 14p.

_____. *Política Nacional de Humanização- PNH*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília/DF, Edição Premium, Ed.Ministério da Saúde, 2003, 20p.

_____. *Clínica ampliada e compartilhada*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, Brasília, Ed. Ministério da Saúde. 2009, 68p.

CAMAÇARI. *Breadcrumbs “Os ciganos fazem parte desse caldeirão dacultura brasileira*, 2014, Disponível : http://www.cultura.gov.br/noticias-destaques/-/asset_publisher/OiKX3xIR9iTn/content/%E2%80%9Cos-ciganos-fazem-parte-desse-caldeirao-da-cultura-brasileira%E2%80%9D/10883, Acessado em 02/03/2017.

CARDOSO S. et al. *Inserção e Acolhimento de trabalhadores numa equipe de Apoio Institucional da Diretoria de Atenção Básica*. in: .Falleiro L. M. Organizadora Experiências de Apoio Institucional no SUS: da teoria à prática, 1ª. EDIÇÃO Porto Alegre, 2014, Rede UNIDA, Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em saúde.

CASANOVA A.O; BARROS M.; TEIXEIRA E. M. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS. Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, *Ciência& Saúde Coletiva*, 19(11), p. 4417-4426, 2014.

COSTA T. C.; VASCONCELOS T. B. Processo de territorialização da residência multiprofissional na cidade de Quixadá/CE: relato de experiência. *Rev. Ciênc. Méd. Biol.*, Salvador, v. 15, n. 1, p. 73-81, jan./abr. 2016

DELZIOVO, C. R.; PEDEBÔS, L. A.; MORETTI-PIRES, R.O. *Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família: Clínica ampliada*. Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis, UFSC, (Eixo 3 – A Assistência na Atenção Básica), 2012, 42p.

FEUERWERKER L. C. M. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: 1ª Edição, Ed. Rede Unida, (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde), p. 174, 2014.

FUINI, L. L. Território, territorialização e territorialidade: o uso da música para a compreensão de conceitos geográficos, *Terra Plural*, Ponta Grossa, v.8, n.1, p.225-249, 2014.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. *Territorialização em saúde*. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Manguinhos - Rio de Janeiro, 2009.

Disponível em <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>> Acesso em 12 de outubro de 2016.

MARCELLO, M. E.; MACHADO-HESS, E. S. Mapas estáticos e dinâmicos, tanto analíticos como de síntese, nos atlas geográficos escolares: a viabilidade metodológica, *Revista Brasileira de Cartografia*. Universidade de São Paulo – USP, p. 899-920, 2014.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual, *Rev. História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro. v.21, n.1, p.77-92. 2014.

MERHY E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde, cap 2 In: MERHY E. E.; ONOCKO R. *Agir em saúde: um desafio para o público*, São Paulo, HUCITEC, 1997.

MONKEN, M. Contexto, Território e o Processo de Territorialização de Informações: Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde, *Saúde movimento*, [S.l.], cap. 6, p. 141-164, 2008.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, cap. 21. p.898-906, 2005.

_____. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: FONSECA A. F. ; CORBO A. A. *O Território e o Processo Saúde-Doença*. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde Coordenação, Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MÔRA, L. B. et al. O uso da territorialização para apoio ao planejamento das ações de uma unidade de saúde da família. In: **2º CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE**; Universalidade, igualdade e integralidade da saúde: Um projeto possível, Belo Horizonte, [S.n], *Anais...* Belo Horizonte, 2013, p. 23.

MOURA R. H.; LUZIO C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. *Comunicação Saúde Educação* v.18, supl.1, p. , 2014.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde- SUS. In : Giovanela L. (Org.) *Política e Sistema de Saúde no Brasil*. 1ª ed, Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, p. 435-472, 2008, Cap 12.

NUNES, M.; VLÁDIA, J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, cap.23, n.10, p. 2375-2384, 2007.

PAIM, J. S. *O objeto e a prática da Saúde Coletiva: o campo demanda um novo profissional?* IN: Paim, J. S. Desafios para a saúde coletiva no século XXI / Jairnilson Silva Paim. [Salvador]: EDUFBA, 2006, 158 p.

PEREIRA, J.N; CAMPOS, G. W. S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. *Interface- Comunic, Saúde, Educ* (Botucatu), São Paulo,v.1, p. 895-908, 2014.

PEREIRA, M. P.; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família, *HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. [S.l.] v. 2 cap. 2, p. 47-55, 2006.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. [S.l.] cap.32 , n. 1, p. 90 – 97; 2008.

ROMANO, V. F. A Busca de uma Identidade para o Médico de Família, *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, cap. 18 , n. 1, p. 13-25, 2008.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev.Latino-am Enfermagem*, [S.l.], cap. 13, n.6, p.1027-34, 2005.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 387-406, 2010.

SOUSA, C. G ; ARAÚJO B. R. N.; SANTOS A. T. P. Inventário Etnobotânico de Plantas Medicinais na Comunidade de Machadinho, Camaçari-BA, *Revista Brasileira de Biociências*, Porto Alegre, v. 5, supl. 1, p. 549-551, 2007.

TEIXEIRA,C. Os princípios do sistema único de saúde, In:**CONFERÊNCIAS MUNICIPAL E ESTADUAL DE SAÚDE**; Bahia, [S.n], *Anais...*Salvador- Bahia, 2011, p.10

____ Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista, *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, (Botucatu), v7, n13, p.163-6, ago 2003.

VILLA, E. A. et al As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família, *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1044-1052, out-dez 2015.

ANEXO

Nota Técnica do Processo Territorialização da Estratégia Saúde da Família do Município de Camaçari emitida pelo Departamento de Atenção Básica em 2016.

NOTA TÉCNICA DAB N. 003/2016

Orienta a atualização do processo de territorialização das Equipes de Saúde da Família Equipe de Atenção Básica do município de Camaçari, atualiza a Nota Técnica N. 001/2013 e estabelece prazos e fluxos de encaminhamentos no ano de 2016.

Considerando a Portaria GM/MS Nº 3.462 de 11 de novembro de 2010, que estabelece os critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde;

Considerando a Portaria GM/MS Nº 1.654 de 19 de julho de 2011, que 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;

Considerando a Portaria GM/MS Nº 1.412, de 10 de julho de 2013, que institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), definindo que a operacionalização do SISAB será feita por meio da estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB);

Considerando a Portaria GM/MS Nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica;

Considerando que na Portaria supracitada são definidas como atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II - 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;

O Departamento de Atenção Básica (DAB), responsável pelo monitoramento da alimentação das Bases de Dados do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) no município de Camaçari, através desta Nota Técnica orienta sobre a atualização do processo de territorialização, estabelecendo prazos e fluxos de encaminhamentos para o ano de 2016. Procede-se as seguintes orientações:

1. Metodologia do processo de atualização da Territorialização

O processo de atualização das bases territoriais da área de atuação da equipe, identificando e atualizando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades é denominado territorialização ou remapeamento. Este processo definirá a abrangência territorial e populacional de responsabilidade sanitária de cada Equipe de Saúde, tanto na modalidade de Saúde da Família como na de Agentes Comunitários de Saúde.

1.1 Parâmetros da territorialização

Devem ser considerados alguns parâmetros para a definição das bases territoriais:

a) Cada Micro-área (espaço de atuação do ACS na comunidade) deve possuir no máximo 750 pessoas cadastradas. **Não devem ser consideradas casas sem moradores, desocupadas ou em construção. Após a habitação destes espaços, os moradores serão cadastrados e a micro-área será novamente redefinida, se necessário.**

b) Considerando possibilidades de expansões territoriais, a definição para o ano de 2016 considerará o parâmetro de 680 pessoas cadastradas por Micro-área. Para zonas rurais e áreas rarefeitas e distantes, deve-se considerar como parâmetro 500 pessoas por ACS.

Caso não seja possível o atendimento desta parametrização, a equipe deve acionar o Apoiador Institucional para elaboração conjunta de um relatório com as justificativas adequadas.

c) Cada área de abrangência (espaço de atuação da Equipe de Saúde da Família ou Equipe de Agentes Comunitários de Saúde) deve possuir no máximo 12 (doze) Micro-áreas.

d) Para a atualização das informações, devem ser preenchidas as planilhas de rua (ANEXO I), com o Número da micro-área (em ordem crescente), Nome das Ruas, Número de famílias e Número de Pessoas em cada rua.

e) Caso as Micro-áreas tenham necessidade de ajuste com inclusão ou exclusão de ruas, por motivos de criação de novos logradouros ou fechamento de espaços e ruas, já deve ser atualizada esta informação na planilha.

f) Para as áreas descobertas, a equipe deverá preencher o impresso “Quantitativo de residentes e condições autorreferidas por rua nas áreas descobertas de ACS” (ANEXO II) e com base nestas informações, a equipe deve preencher a planilha de rua.

g) Até a admissão dos novos Agentes Comunitários de Saúde que atuarão nas micro-áreas ora descobertas, as áreas que possuem apenas 01 Micro-área sem Agentes Comunitários deverão ser remapeadas para incorporação desta MA às demais (respeitando o limite de 750 pessoas por ACS).

1.2 Passo a Passo da atualização da Territorialização:

1) Considerando os parâmetros do item 1.1, os ACS realizarão atualização das planilhas de rua (ANEXO I) com as informações das micro-áreas atualmente cobertas, em reunião de equipe, no prazo de 15 (quinze) dias (etapa 01).

2) A equipe realizará um mutirão em concomitância com a etapa 01 para atualizar as informações da área descoberta, através do preenchimento do impresso: “Quantitativo de Residentes e condições autorreferidas por Rua nas áreas descobertas de ACS” (ANEXO II), no prazo de 21 (vinte e um) dias, após o início do processo de territorialização (etapa 02). Reiteramos que a responsabilidade para a realização do processo de territorialização é de toda a equipe, podendo qualquer membro da equipe estar escalado para participar do mutirão, principalmente nas áreas sem cobertura de ACS.

3) Após estas atividades, a planilha de ruas com os dados de famílias e pessoas estará atualizada, tanto na área coberta, quanto na área descoberta. Deve-se analisar quantas ruas, famílias e pessoas ficaram desenhadas para cada Micro-área, com base nos parâmetros já descritos. Esta fase será validada pela Coordenação do DAB, através dos Apoiadores Institucionais, em reunião de equipe a ser realizada no prazo de 28 (vinte e oito) dias após o início do processo de territorialização (etapa 03).

4) Considerando a necessidade de acompanharmos o processo de territorialização em concomitância com o processo de implantação do cadastro domiciliar e individual do ESUS, após a atualização da planilha de ruas, a equipe deverá preencher o consolidado de cadastramento domiciliar e individual, através do modelo proposto no anexo III, com prazo igual ao encaminhamento da planilha de ruas(etapa 03).

5) Neste momento, um rascunho do mapa da área de abrangência deve ser realizado pela equipe. Neste mapa deverá existir todas as ruas da área que constam na planilha de territorialização. As ruas de cada Micro-área devem ser pintadas com cores diferentes e a cor deve ser sinalizada ao lado do Número da micro-área na planilha de ruas. A equipe terá mais 15 dias, após a etapa 03, para a construção do rascunho do mapa, após o final da atualização da planilha de ruas (etapa 04).

Até esta etapa do processo de atualização das bases territoriais foi realizada a atualização de informações de cada microárea e o levantamento das microáreas descobertas, com a elaboração do mapa estático. No sentido de viabilizar o aprofundamento no reconhecimento deste território, seus condicionantes e determinantes em saúde, bem como as condições de saúde e doença apresentadas pelos seus moradores, faz se necessário o levantamento de informações importantes para a elaboração do mapa dinâmico.

2. Fluxos de encaminhamento das Informações

Ao iniciar o processo de atualização da territorialização, a equipe deve ler a Nota Técnica N. 001/2016 e fazer a programação das atividades em equipe, preenchendo o Cronograma de Atualização da Territorialização, em anexo IV. O (a) gerente/responsável pela unidade deverá encaminhar para o DAB o Anexo IV preenchido com o cronograma previsto via malote no dia **27 de janeiro de 2016**.

2.1 Informações da Territorialização

Após a etapa 01, com duração de 15 dias, a equipe deve avaliar se a quantidade de pessoas acompanhadas por ACS em cada micro-área estão de acordo com as orientações do item 1.1. **Não será admitido que nenhuma micro-área tenha adscrito uma quantidade inferior ao definido pela nota técnica, sem o devido esclarecimento em relatório.**

Após a etapa 02, a equipe deve preencher o restante da planilha de ruas com as áreas descobertas e redirecionar as planilhas de rua ao DAB, acionando o Apoiador Institucional para participar de reunião de equipe com esta pauta. Nesta fase, o apoiador junto com a equipe analisarão a planilha de rua completa para realizar a definição final das Micro-áreas e o início do rascunho do mapa, confrontando a informação da planilha de ruas com a informação descrita no consolidado das informações do ESUS.

Após a etapa 03, o rascunho do mapa da área deve ser encaminhado ao DAB para análises finais e providências para impressão do mapa na versão final.

ANEXO I - PLANILHA DE RUAS

Equipe: _____ N. da Equipe: _____ Unidade: _____

N. da Micro área	Nome do ACS	Nome das Ruas Logradouro	N. de Famílias	N. de Pessoas
01				
Total da MA 01				
02				
Total da MA 02				
03				
Total da MA 03				
04				
Total da MA 04				
05				
Total da MA 05				
Total da Área				

Fonte: DAB de Camaçari, 2016.

ANEXO II - Quantitativo de Residentes e condições autorreferidas por Rua nas áreas descobertas de ACS

Nome da Rua: _____ Bairro: _____

Complemento do Endereço	Domicílio ocupado	N. de pessoas	de HA	DIA	TB	HAN	GES	ACA	CRI < 2	PCD	TM
	() Sim () Não										
	() Sim () Não										
	() Sim () Não										
	() Sim () Não										
	() Sim () Não										
	() Sim () Não										
	() Sim () Não										
	() Sim () Não										
	() Sim () Não										
	() Sim () Não										
	() Sim () Não										
	() Sim () Não										
	() Sim () Não										

Fonte: DAB de Camaçari, 2016.

