



ISSN: 2230-9926

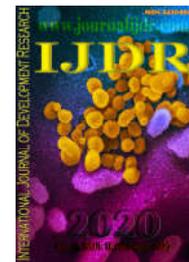
Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 10, Issue, 11, pp. 42445-42451, November, 2020

<https://doi.org/10.37118/ijdr.20499.11.2020>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: A RELAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE COM SEU TERRITÓRIO DE ATUAÇÃO

*Fernando Aurelio Curcio¹, Gehysa Guimarães Alves², Eliane Fraga da Silveira³

¹ Médico, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, ULBRA

² Socióloga, Docente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, ULBRA

³ Bióloga, Docente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, ULBRA

ARTICLE INFO

Article History:

Received 27th August, 2020

Received in revised form

28th September, 2020

Accepted 11th October, 2020

Published online 30th November, 2020

Key Words:

Estratégia de Saúde da Família; Território; Territorialização na Estratégia Saúde da Família.

*Corresponding author:

Fernando Aurelio Curcio

ABSTRACT

As relações sociais, com todo o seu dinamismo, contradições, doenças, vida e morte, se desenvolvem em um território. Este espaço vive em permanente mudança, e para que se desenvolva as ações de saúde que impactem positivamente na vida das pessoas que vivem nele, é importante que se conheça sua característica e dinâmica. A criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) prevê a necessidade deste conhecimento, a partir de um diagnóstico dos problemas e necessidades existente no território de responsabilidade de cada serviço. Este deve levar em consideração todos os seus determinantes: econômicos, políticos, culturais e sanitários de cada comunidade, tendo a família com centro do processo. Este modelo, conhecido como Vigilância da Saúde, que tem como foco central a Atenção Básica, tem norteado as orientações do Sistema Único de Saúde ao longo dos últimos 30 anos. Tem como propósito realizar revisão de literatura com o objetivo de apresentar a evolução do modelo de atenção proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), refletir sobre o conceito de território, e como ele tem sido tratado pelas equipes de saúde. A partir de uma revisão nas principais Bases de Dados em Saúde buscou-se resgatar a história do Sistema Único de Saúde, desde sua implantação e histórico, sua relação com a Atenção Primária de Saúde, a Estratégia de Saúde da Família e sua trajetória, além das concepções de Território e Territorialização. Demonstrando a grande necessidade da integração da gestão em saúde e o conhecimento do território, esse adquirido pela equipe no diagnóstico e planejamento estratégico de ações em saúde.

Copyright © 2020, Fernando Aurelio Curcio et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Fernando Aurelio Curcio, Gehysa Guimarães Alves and Eliane Fraga da Silveira. 2020. "Estratégia de saúde da família no brasil: a relação da equipe de saúde com seu território de atuação", *International Journal of Development Research*, 10, (11), 42445-42451.

INTRODUCTION

Dentro do processo de produção de saúde na comunidade, o território deve ser entendido como uma área viva capaz de produzir saúde, necessitando de um diagnóstico epidemiológico para identificar fatores e condições essenciais ao bem-estar da população de uma determinada região (JUSTO *et al.*, 2017). Para esse reconhecimento de cenário, é preciso fazer a identificação coletiva da população moradora. Os dados levantados apontam os problemas e necessidades de saúde da população moradora naquele território e devem ser levados em consideração pela Equipe de Saúde da Família (ESF) para a construção da imagem coletiva da comunidade e do planejamento das ações a serem desenvolvidas (SANTOS *et al.*, 2018).

Essa trajetória da construção de imagem do território passa pelo reconhecimento da relação, dentro da área, de saúde e o desenvolvimento. Para tanto, não deve ser considerada somente a limitação física da área de uma população, pois isso dificultaria a construção de políticas públicas integradas, mas o atendimento em suas diversas realidades e variáveis existentes dentro da região. O trabalho deve visar a superação das iniquidades presentes e o planejamento deve partir das necessidades e problemas de saúde (GADELHA *et al.*, 2011). O acesso à saúde tem ligação direta com o conceito de território, pois exige universalidade de outros direitos relacionados à vida. Por isso, a integralidade do atendimento e sua continuidade, é fundamental para o êxito de ações em saúde (RIBEIRO *et al.*, 2016).

Conceitos como território, territorialização, população adscrita, emergem juntamente com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, que visou a mudança do modelo de atenção à saúde, priorizando as ações da Atenção Básica. Portanto, os municípios tiveram que realizar uma reorganização da prática de Atenção à Saúde vigente e, posteriormente, em 2004, foi denominada Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta nova proposta previa a construção de equipes multidisciplinares, nas quais o foco do trabalho deixa de ser o paciente e passa ser a família e a comunidade, respeitando-se o território que este novo sujeito vive (MAFRA & CHAVES, 2004). O enfoque tradicional da saúde-doença, privilegiava a doença e não a saúde, o indivíduo singular e não a família e comunidade. Este modelo de atenção à saúde, biomédico e reducionista, não precisava conhecer território, pois olhava para a doença instalada no indivíduo e fazia sua intervenção (MARZARI *et al.*, 2013). A ESF, entre outras propostas, propõe o Modelo de Atenção pautado na Vigilância da Saúde. Este prioriza as diretrizes do SUS, reforçando a necessidade da participação da comunidade e a intervenção sobre problemas, sendo sua característica mais inovadora. Com isso, surgem as novas equipes de saúde e as Unidades de Saúde da Família, localizadas quase sempre em posições estratégicas da comunidade. Nesta perspectiva, há a adscrição da área populacional, em uma área geográfica, com a instalação do serviço de saúde, cuja equipe, necessita dar um novo sentido à sua prática, caracterizando o território como um espaço de vida, que atua além da relação 'saúde-doença'. Outros determinantes como as condições econômicas, políticas, culturais e sanitárias de cada comunidade, passam a fazer parte do território. Esta prática de saúde tem a família no centro de tudo (MARZARI *et al.*, 2013).

A nova base, desta mudança em saúde, intitulada dentro do Programa Nacional de Atenção Básica (PNAB), reorganiza o sistema no qual cada equipe de ESF deve estar organizada para atender seu público alvo, representado por um conjunto de famílias agrupadas geograficamente dentro de uma comunidade. Também constam na PNAB as competências dos profissionais que compõem a atenção básica, destacando-se o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), que priorizam o trabalho em microáreas adstritas composta de famílias localizadas em base geográficas preestabelecidas (JUSTO *et al.*, 2017). Sendo assim, a qualidade dos serviços de saúde está diretamente ligada ao conhecimento dos problemas e necessidades da população moradora neste território. Os serviços devem ser organizados a partir da realização de diagnóstico e do planejamento das ações, respeitando todos os determinantes que envolvem esta relação (Carrapato *et al.*, 2018). No campo teórico-conceitual, desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), tem sido apontada a necessidade de reforçar o Modelo de Atenção da Vigilância da Saúde; a ênfase na Atenção Básica, Primária de Saúde, com a Estratégia de Saúde da Família, e nos novos conceitos de 'Território e Territorialização. Em virtude da importância de consolidar, este modelo, de atenção, que tem os determinantes da saúde, o território de abrangência do serviço, a reorganização dos serviços, com ênfase na ESF, e a participação popular, este artigo, tem como propósito realizar revisão de literatura com o objetivo de apresentar a evolução do modelo de atenção proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e refletir sobre o conceito de território, e como ele tem sido tratado pelas equipes de saúde. Para a realização, deste estudo, foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que reúne as bases de dados LILACS, IBECs, MEDLINE,

Biblioteca Cochrane e SciELO. Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram: artigos originais e revisões da literatura de pesquisa sobre acesso a serviços de saúde ou necessidade e demanda de serviços de saúde, em português e inglês.

A Mudança do Modelo de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: O Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua implantação, tem sido reconhecido como uma das maiores conquistas da sociedade brasileira. Sua proposta é inovadora já que propõe que se atue a partir do Modelo de Atenção da Vigilância da Saúde. Entretanto, ainda tem resquícios de um modelo assistencial hegemônico na assistência médica, fragmentada e especializada, que tem ainda nas ações curativas seu foco (CARRAPATO *et al.*, 2018). Visando a mudança do modelo de atenção à saúde, o Ministério da Saúde, em 1994, propôs o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente, em 2004, denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). Este modelo propõe a reorganização da prática de Atenção à Saúde vigente (MAFRA & CHAVES, 2004). Esta proposta reforça a necessidade da participação da comunidade garantindo, com isso, o Controle Social no sistema de saúde, sendo esta a característica mais importante e inovadora do sistema. O usuário dos serviços passa a ser o centro do processo de avaliação do Sistema de Saúde, com a competência de avaliar, intervir e modificar seu sistema (Mafra e Chaves, 2004).

As Unidades de Saúde da Família, localizadas em posições estratégicas da comunidade, abrangem uma determinada área geográfica e populacional. Essa área ganha novo significado teórico-prático, pois este território passa a caracterizar-se como um espaço de vida, que considera a relação saúde/doença não somente em função das questões biológicas, mas considera todas as condições econômicas, políticas, culturais e sanitárias de cada comunidade, e a família como centro (MARZARI *et al.*, 2013). Sendo assim, a qualidade dos serviços de saúde está diretamente ligada ao conhecimento dos problemas e necessidades da população neste território, conceito que vai muito além da visão fragmentada e biologicista da doença (CARRAPATO *et al.*, 2018). Para que o acesso da população aos serviços seja ampliado, é necessária a existência de unidades de saúde nos territórios nos quais vivem as pessoas. Em função disso, a Política da Descentralização da Saúde no Brasil, foi uma tentativa de tornar o sistema mais acessível. Com a descentralização, o município ganha importância e com ele o território (RIBEIRO & SCATENA, 2019). A distribuição dos serviços de saúde no SUS assume uma estratégia organizacional em diferentes níveis de complexidade das ações de saúde. Suas diretrizes têm relação com a concepção de território já que apontam para a adscrição da população em uma área específica. Nessas regiões de saúde, as práticas devem convergir para a integralização das ações curativas, preventivas e promotoras da saúde (SANTOS *et al.*, 2018). A organização espacial de tais instituições obedece a uma lógica regional e hierárquica, que define essa base territorial, a qual orienta a equipe de saúde. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), membros da equipe, são responsáveis por fazer a articulação entre a população e a equipe de saúde, além disso, devem atuar em microáreas de risco, e trazer os problemas e as necessidades de saúde detectados para a discussão com a equipe de saúde. Esses dados são identificados a partir das visitas domiciliares, e serão discutidos pelas equipes de saúde, que definirá qual a melhor estratégia para enfrentá-los (SANTOS *et al.*, 2018). O Modelo de Atenção da Vigilância da Saúde tem como norte as diretrizes do SUS.

Ele rompe com o paradigma hospitalocêntrico e com modelo médico hegemônico, e busca adaptar-se à nova realidade que reforça a importância do trabalho em equipe, muda o foco do sujeito para a família, e leva em consideração as características da população moradora do território de abrangência da ESF (CARRAPATO *et al.*, 2018). A concepção hegemônica de saúde, assentada na centralidade do modelo médico-assistencial e hospitalocêntrico, ainda se faz presente na prática dos profissionais da saúde, o que leva à fragilidade do SUS diante de desafios que extrapolam este modelo de atenção. A intensificação dos processos relacionados à urbanização, atualmente, traz consigo grandes transformações, ocasionando consequências para a vida das pessoas, que vão desde o dano ao meio ambiente até a exclusão social e segregação socioespacial. A expansão do agronegócio, como exemplo, tende a desterritorializar povoados e reterritorializar comunidades tradicionais que vivem nas zonas rurais (SANTOS & RIGOTTO, 2010). O caráter universal do SUS impôs ao Estado a necessidade de um arranjo territorial na organização dos serviços, pois não tem como ter saúde universalizada para todos, indistintamente, se não há acesso ao sistema de saúde. Para que esse acesso seja ampliado, é necessária a existência de serviços de saúde nos territórios nos quais vivem as pessoas (Ribeiro *et al.*, 2016).

Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família: Atenção Primária à Saúde (APS), refere-se ao nível de atenção que disponibiliza, a entrada no sistema de saúde, é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), e ocorre o contato direto do usuário com as redes de atenção à saúde, possibilita a entrada dos problemas e necessidade dos sujeitos no sistema de saúde (RIBEIRO & SCATENA, 2019). Pode ser definido como um conjunto de serviços com complexidade elevada, porém com baixa tecnologia. As ações são organizadas a partir do trabalho em equipes multidisciplinares, em território definido, respeitando a dinamicidade do local que as pessoas vivem (FARIA, 2013), além disso, deve ser resolutivo e fornecer atenção aos indivíduos, respeitando suas particularidades ((STARFIELD, 2002). Os atributos da APS são: a) porta de entrada do usuário, sendo acessível e atendendo os usuários em cada novo problema (ou a cada novo episódio de um mesmo problema); b) ter a integralidade como um de seus pilares na construção do SUS, consagrado pela Constituição Federal de 1988, desenvolvendo ações que envolvem a promoção e prevenção, atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica, articulação das ações de promoção, proteção, prevenção e abordagem integral do indivíduo e das famílias; c) prever a longitudinalidade do atendimento, o que implica na regulação de atenção ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema e d) articular os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao acesso comum, independentemente, do local onde sejam prestados, ofertando ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam as necessidades de saúde de forma integrada em diferentes pontos da rede de atenção à saúde (Silva e Tavares, 2016). As ações da APS são organizadas a partir do trabalho em equipes multidisciplinares, em território definido, respeitando a dinamicidade do local que as pessoas vivem (FARIA, 2013). Além disso, o trabalho desenvolvido deve ser resolutivo e fornecer atenção aos indivíduos, respeitando as suas particularidades (STARFIELD, 2002). O Programa Nacional de Atenção Básica (PNAB) organizou o sistema de forma a que cada UBS, com ou sem,

Equipes de Saúde da Família, deverá estar organizada para atender um público alvo, representado por um conjunto de famílias agrupadas geograficamente (Brasil, 2010). Entretanto, público-alvo não pode ser definido até que o território-alvo seja delimitado, pois este aponta a área de atuação do serviço e a população que está sob sua responsabilidade. Sem esta premissa, a APS não pode cumprir seu papel de porta de entrada para o SUS (RIBEIRO *et al.*, 2016). Concomitantemente com a criação do Programa De Agentes Comunitários de Saúde, no qual faz parte da comunidade, sendo preparado para fazer parte da equipe de Saúde e fazer o elo entre a comunidade e o núcleo de saúde. O papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) está pautado no trabalho nas microáreas, que são definidas como adstrição de famílias, com bases geográficas preestabelecidas. Cada profissional será responsável por uma microárea da região cobertura, este profissional tem conhecimento da área, pois, como estabelecido, deve ser residente da área em que está lotado e, portanto, como deve conhecer as principais características e dificuldades da população presente território (JUSTO *et al.*, 2017). Assim, a APS procura relacionar a família ao ambiente em que vive, olhando para a área de atuação para uma intervenção com responsabilização sanitária (SANTOS & RIGOTTO, 2010). A avaliação da qualidade no âmbito da APS, não é apenas uma prerrogativa ministerial, mas tem sido considerada relevante nas últimas décadas, e vem sendo tema de discussão em instituições acadêmicas e nos serviços de saúde (PINTO JUNIOR *et al.*, 2015).

Na década de 1990, teve início a nova estratégia de organização da APS no Brasil, fundamentada na saúde da família, com a implantação, em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF). E em 2004, se transformou na Estratégia Saúde da Família (ESF), e deve ser implantado em todo o território nacional como forma de consolidar as propostas do SUS. Passa a ser orientação do Ministério da Saúde (MS) para todos os municípios brasileiros (Brasil, 2010). Sua idealização foi influenciada pelas propostas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). No Brasil, o MS reforça a necessidade da territorialização na Atenção Primária à Saúde (APS) para todo o Brasil. A APS passa a ser uma política, já que é uma proposta do Estado, para a organização desse nível de atenção. No entanto, também é uma metodologia de planejamento utilizada para se delimitar as áreas de atuação das unidades de APS, notadamente das Unidade Básico de Saúde (UBS) e Equipes Saúde da Família (ESF) (Marzari *et al.*, 2013). A ESF possui diferenças marcantes em relação ao modelo hegemônico médico-hospitalocêntrico, pois incorpora o conceito de saúde, como qualidade de vida. Defende a prestação de serviços de saúde como direito de cidadania, e dá ênfase nas ações sobre a coletividade, sem deixar de lado a integralidade do indivíduo. Propõe o desenvolvimento de ações de promoção, proteção, cura e recuperação. Respeita a hierarquização do sistema em níveis de atenção primário, secundário e terciário, com articulação entre si pela APS. Propõe a universalização dos serviços de saúde e a intervenção predominantemente multidisciplinar com planejamento epidemiológico, com foco nas famílias ou grupos, respeitando a equidade; estimula a participação comunitária; organiza a demanda e o acolhimento da população; atua a partir da resolução de problemas da população adscrita, aproximadamente, em 85% (SANTOS & RIGOTTO, 2010). As equipes de ESF são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, em região geográfica delimitada, com ações que iniciam na unidade, vão ao domicílio e para

comunidade. Fazem inicialmente a adscrição do território, cadastro das famílias, respeitando número máximo de famílias por capacidade do agente, posteriormente com a equipe, formulam um diagnóstico da área em questão para proposição de ações que vão desde a promoção e prevenção com o intuito de equilibrar as inequidades sociais e de acesso em saúde (MARZARI *et al.*, 2013).

O Território e a territorialização: O território é um “espaço da produção da vida e, portanto, da saúde, também pode ser definido como o espaço geográfico, histórico, cultural, social e econômico, sendo coletivamente construído e constituído” (MARZARI *et al.*, 2013). O conhecimento sobre o território, o indivíduo, as famílias, bairros, municípios, regiões ou qualquer outro recorte histórico que se obtém, facilita o processo de aproximação entre equipe de saúde e usuário do serviço (MARZARI *et al.*, 2013). A história do lugar traz muitos elementos da identidade territorial, normalmente, estão presentes na identificação coletiva da população moradora no local. Entender a linha que une passado e presente, permite evidenciar potencialidades, tradições, cultura, hábitos e valores, permitindo o gerenciamento de possíveis conflitos. Conhecer o poder de uso e ocupação do solo, aspectos sociais, culturais, econômicos, étnicos e os ambientais, é de grande relevância para a saúde. Estes dados, normalmente, estão disponíveis na Prefeitura Municipal ou em regionais administrativas, ou até mesmo, com os ACS, mas podem também ser encontrados em diversos bancos de dados: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Departamento de Informática do SUS (DATASUS), entre outros. Estas informações devem ser adquiridas pela equipe da ESF, como forma de qualificar o conhecimento sobre o território do serviço e, portanto, na construção de imagem coletiva prévia da comunidade (Santos e Rigotto, 2010).

Embora muitas vezes a palavra comunidade esteja vinculada à imagem de homogeneidade e harmonia, deve-se levar em consideração a possibilidade de haver atores com interesses distintos, contrapondo-se com o conceito harmônico, ou um espaço comum de recursos, com distintos projetos, interesses e com formas de apropriação (Santos e Rigotto, 2010). O conceito de território-processo superou o enfoque tradicional do conceito saúde-doença, no qual sua comunicação socialmente importante era a doença e não a saúde, tendo agora como sujeito a família com suas demandas relacionadas a comunidade (MARZARI *et al.*, 2013). O território, como produção de saúde da comunidade, deve ser considerado uma área viva capaz de produzir saúde, sendo necessário passar por um diagnóstico epidemiológico para identificar os fatores e as condições pertinentes aos processos de bem-estar e doença (JUSTO *et al.*, 2017). É o espaço de vida social no qual se desenvolvem políticas e estratégias públicas e privadas (GADELHA *et al.*, 2011). A dimensão territorial de desenvolvimento é importante pelo condicionamento de ações de saúde, é neste espaço, em suas diversas escalas, que as políticas integram e podem gerar os resultados conjuntos no processo de desenvolvimento. A estruturação da rede de saúde, suas relações intersetoriais e institucionais, podem constituir uma base estruturante para dinamizar economias regionais e locais, com impacto direto na geração de renda, de trabalho qualificado e na evolução dos próprios sistemas locais de saúde. Esta nova concepção de território esbarra em seu conceito tradicional adotado na saúde pública, que considerava o território somente como “uma área geográfica delimitada na qual uma população está inserida” (GADELHA *et al.*, 2011).

Portanto, dificultando a construção de políticas regionais integradas e não considerando a dinâmica dos territórios em seus aspectos econômico, político, cultural e social. Além disso, tem o fluxo das populações e os condicionantes macroestruturais que perpetuam a iniquidade (Gadelha *et al.*, 2011). A universalidade exige do território mais equidade, não existe equidade social de saúde sem a equidade territorial. O direito à saúde em todas suas concepções está ligado ao direito ao território. O território possibilita a efetivação, deste direito, mesmo com as desigualdades territoriais encontradas no país. Contudo, essas mesmas desigualdades territoriais só poderão ser resolvidas mediante as políticas de planejamento e gestão territoriais eficientes (RIBEIRO *et al.*, 2016). Após a exploração do território, neste dimensionamento, de entender a realidade da população, no seu espaço de vida, e com as intervenções para seu desenvolvimento, não só em saúde, mas em outras áreas. A partir disso, o processo de territorialização da saúde, vem sendo implantado através de uma análise da sua situação com a formulação de projetos e propostas para a intervenção a nível de ESF (MARZARI *et al.*, 2013). É o processo de desvelamento de territórios de atuação de Unidades Básicas de Saúde para conhecer as áreas de atuação dos serviços de saúde, e cadastrar a população (RIBEIRO *et al.*, 2016), pode ser entendida como “apropriação do espaço pelos serviços de atenção primária à saúde” (UNGLERT, 1993, p. 25). Esse processo representa importante ferramenta na organização do trabalho e na definição das práticas em saúde, visto que, suas ações constituem uma base territorial com a localização geográfica, previamente, estabelecida.

Como pressupostos básicos do trabalho da ESF, a realização da demarcação dos limites da área de atuação; reconhecer o ambiente da população com sua dinâmica social, e estabelecer relações horizontais com outros serviços adjacentes e centros de referência, além disso, a realizar a identificação das relações com o ambiente, saúde dos trabalhadores e dos moradores (Santos e Rigotto, 2010). Esta etapa é um dos elementos essenciais para implantação da ESF pois, aproxima os profissionais e trabalhadores da saúde com a realidade em que atuarão, porque esta realidade será orientadora das ações que serão desenvolvidas no território de responsabilidade do serviço de saúde. Além de ser a base para as ações, é o caminho para organizar o processo de trabalho e as práticas de saúde. Pois, instrumentaliza o planejamento de ações em saúde, permitindo que os trabalhadores fiquem imersos na comunidade, de forma a conhecer as pessoas, seus saberes e vivências, os equipamentos sociais, a cultura local e as crenças do território (MARZARI *et al.*, 2013). Conhecer o território implica em desvendar como ocorre o cotidiano, desse local, como se dá a interação entre as pessoas, e entre elas e os serviços de saúde, ou seja, esse local tem uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados e, com problemas de saúde definidos. Conhecer o perfil histórico demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural faz parte do diagnóstico de comunidade, com transformação permanente. As ações de promoção da saúde, necessitam ser interdisciplinares e intersetoriais, já que reflete na melhoria da qualidade de vida, nesse sentido, a produção social da saúde necessita entender a operacionalidade entre as condições reais que os grupos inseridos no território expressam saúde e doença (Santos e Rigotto, 2010). De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a primeira atribuição dos profissionais da Atenção Primária, é a participação da equipe de saúde no processo de territorialização, portanto, realizar o mapeamento

da área de responsabilidade do serviço de saúde, com a identificação dos grupos, famílias e indivíduos, identificando os mais vulneráveis, portanto, reconhecendo os que necessitam de mais atenção (RIBEIRO *et al.*, 2016). Os projetos e o planejamento das ações de saúde dos serviços devem nascer dos problemas e necessidades levantados da comunidade, e não de programas verticais que veem do “centro para a ponta” (PROTASIO *et al.*, 2017). Devem estar pautados em mobilizar, educar, criar ou fortalecer redes, empoderar sujeitos coletivos e projetos de equidade (PINTO e GIOVANELLA, 2018).

O Diagnóstico Local pela Equipe Saúde da Família (ESF):

O Brasil ao longo de sua história tem feito esforços para mudar o padrão tradicional de tratamento dos problemas sociais e de saúde. A partir da implementação da ESF, o acesso da população às necessidades básicas de saúde vem melhorando. Porém, as comunidades mais vulneráveis ainda convivem com a baixa universalidade de acesso, descontinuidade dos programas e ações, falta de resolutividade dos serviços e frágil integração intersetorial (MARZARI *et al.*, 2013), e a organização dos serviços de saúde e sua atuação como definidores dos limites que configuram uma região ainda é precária (GADELHA *et al.*, 2011). Através do processo de territorialização tem-se o diagnóstico local, que partiu do mapeamento situacional do território, identificando as vulnerabilidades e as necessidades, identificando os problemas e as necessidades de saúde (AERTS & ALVES, 1997). A partir disso, a construção de intervenções coerentes com as realidades locais, obedecendo os princípios da equidade, da participação popular e do trabalho em equipe multiprofissional. Para realizar o diagnóstico, utiliza-se o perfil territorial, que se apresenta a partir de relatórios de caráter político-administrativo, determinando qualidades econômicas, de municípios, regiões ou países, sendo suas variáveis relacionadas aos dados socioeconômicos, ambientais e culturais (RIBEIRO *et al.*, 2016).

O termo perfil é usado como uma ferramenta de análise e interpretação, podendo se caracterizar como tipo de solo, de rochas, características demográficas, características epidemiológicas, sentidos conceituais, entre outros. Sua caracterização leva a um sentido de agrupamento que é refinado para análise e usado para a coordenação (PICCININI e SILVA, 2015). Ele oferece sentido para interpretar um acontecimento e decisões a serem tomadas sobre o mesmo. O perfil territorial está relacionado às mudanças que a sociedade sofre, suas formas, função e estrutura que se alteram conforme o processo e a dinâmica do tempo. Portanto, o serviço é o ponto de partida, a oferta o elemento condicionador e o território o seu resultado. Assim, os desafios propostos por esse processo representam uma necessidade reorientação com a possibilidade de desenvolvimento de habilidades conceituais, políticas, técnicas, sociais e interpessoais, articuladas para responder aos diversos desafios do processo de territorialização (FRUTUOSO, 2015). As condições sociais dos grupos populacionais são limitadas, restritas e condicionadas pela maior densidade demográfica populacional, pois, nesses locais, o acesso fica difícil, ocorrendo alto índice de desemprego, uso de drogas ilícitas, de tráfico de crianças e outros agravantes sociais (SIMÕES e FREITAS, 2016). Esses fatores contribuem para que a população seja marginalizada, com famílias vivendo em situação de extrema pobreza, mantendo os mesmos indicadores sociais, mesmo não estando em áreas com

densidade demográfica maior (FRUTUOSO, 2015). Tais conflitos existentes no território, normalmente, envolvem inúmeras disputas: uso e ocupação da terra, e solo urbano, acesso aos recursos naturais, contaminação e a qualidade ambiental, e as relações políticas e sociais que envolvem este cenário (SANTOS, 2018). Em locais de vulnerabilidade social, mesmo a equipe conhecendo supostas situações ilícitas, busca fazer intervenções com cuidado e gentileza, para não dissolver a relação de confiança com os usuários desse lugar (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017). Os agentes comunitários de saúde (ACSS) trabalham de forma a não transparecer o impacto que algumas situações sociais causam à equipe de saúde, pois qualquer atitude mais impositiva de denúncia e, intervenção pode provocar perda irreversível de confiança por parte da população (PINTO *et al.*, 2017).

Uma aproximação progressiva da equipe de saúde com a população, e dos processos coletivos de apropriação de informações e do debate sobre os problemas, torna-se imprescindível, podendo ser realizada com trabalhos em grupo (oficinas, teatros e outros) (LEONELLI *et al.*, 2017). Tais práticas podem possibilitar que as relações de cuidado em saúde e gestão setorial sejam incorporadas ao aprender e ensinar. Assim, o processo de formação continuada das equipes de saúde deve ir além da busca diagnóstica da relação da saúde e doença (MORAES *et al.*, 2017). A aproximação das necessidades das pessoas e grupos populacionais, reforça a autonomia e a reflexão dos indivíduos e, portanto, influenciando na formulação de políticas públicas (JUSTO *et al.*, 2017). Também é relevante que a população beneficiada, seja ouvida quanto à qualidade da atenção oferecida, e seus problemas e necessidades de saúde (MARZARI *et al.*, 2013). A participação de usuários contribui para o fortalecimento, deste grupo populacional e, portanto, sendo essencial para a viabilização de políticas de promoção e prevenção de saúde (CARDOSO & NASCIMENTO, 2010). No estudo realizado, em São Paulo, após análise da série temporal de 2003-2006, em relação aos serviços de saúde e suas fragilidades, tem a humanização do atendimento como uma necessidade importante, associada à falta de comprometimento, respeito e atenção do profissional da saúde (FERREIRA *et al.*, 2018). Entretanto, isso também está relacionado com a limitação de recursos financeiros para a compra de remédios nos municípios, gerando limitação nas necessidades do usuário e, portanto, insatisfação com o atendimento na atenção primária (Moimaz *et al.*, 2010).

Existe uma ampla programação de ações fora da UBS como esforço articulador de ações de promoção da saúde, que enfatizam que a saúde e a doença não são determinadas somente por fatores biológicos, mas por questões culturais, sociais e econômicas (ARAÚJO e OLIVEIRA, 2017). Entretanto, mesmo com a tentativa de transformar o espaço de ações assistenciais, com atividades educativas, ainda existe a predominância da assistência biomédica, com a procura do foco principal, o diagnóstico clínico e o tratamento medicamentoso, sem integrá-lo com outros aspectos como psicológicos e sociais (BEZERRA & BITOUN, 2017). Outro aspecto importante na qualidade do atendimento da APS refere-se aos atendimentos realizados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pois, esses profissionais, são apontados como o principal elo de ligação entre a realidade social e familiar dos usuários e a equipe, relacionada a sua proximidade com a comunidade (CARRAPATO *et al.*, 2018).

As equipes das ESF, contam com o trabalho do ACS, porque são mediadores entre o serviço e a comunidade e, entre os diferentes saberes, sendo valorizada pelos usuários do SUS, pois é construído um vínculo com o usuário (CARRAPATO *et al.*, 2018). Todo esse procedimento de organização do processo de trabalho, permite maior proximidade com os princípios ético-normativos do SUS do que a existente dentro da UBS, já que a ESF busca realizar ações que avançam na integralidade do cuidado, por meio de um trabalho em equipe que valoriza a proximidade com a comunidade, tendo a autonomia local como definidora de melhores estratégias de cuidado para a população adscrita (CARRAPATO *et al.*, 2018).

Considerações Finais

Este artigo trata de relação entre a introdução de um novo sistema de Saúde, desde a implantação do Sistema Único de Saúde e sua formatação nas bases teóricas de um modelo médico de assistência hegemônico e fragmentado, cujo sujeito era doença com suas ações curativas, e passa para um programa que muda este protagonismo para a família e comunidade. O Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente, denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), reorganizou e legitimou. esta nova base trabalho, que amplia as ações, agora em equipe, com a participação a comunidade e reforçando as diretrizes do SUS, tendo com porta de entrada, a Atenção Primária à Saúde com serviços de elevada complexidade e baixa tecnologia que se organizam a partir do trabalho em equipes multidisciplinares, cujo o território é definido e dinâmico. As Unidades de Saúde da Família tornam-se estratégicas dentro da adscrição física e geográfica. Apresentando um novo significado e valor teórico-prático para o território, visto o caráter universal imposto pelo SUS, e a necessidade de um arranjo territorial com estratégias de organização em níveis de complexidade das ações em saúde, e obedecendo uma composição quantitativa e qualitativa. Portanto, a necessidade de descentralização do mesmo foi imperativa, e o Município ganhou importância pois representa agora o território. Este por sua vez amplia a visão quantificável, que anteriormente estava minimizada somente na relação saúde doença, mas agora tem foco em todas as variáveis da comunidade, centralizados na família. A mensuração de qualidade dos serviços tem relação direta com o conhecimento e necessidades da população implicando na atuação dos profissionais de saúde. Os ACS surgem da necessidade de uma orientação espacial e hierárquica de atribuições definidos por uma base territorial que articula a população e a equipe no sentido de identificação de problemas e necessidades, contrapondo-se ao modelo médico-assistencial presente na prática dos profissionais de saúde.

A busca da adaptação a esta nova realidade de urbanização do mundo moderno com o trabalho em equipe muda o sujeito de ação para a família em seu território com suas complexidades. O Programa Nacional de Atenção Básica (PNAB) organizou o sistema fidelizando as equipes e suas unidades básicas de saúde, dentro do território de saúde, geograficamente definido, com responsabilização de vigilância e criação de vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade. Este conhecimento histórico da área populacional, cria elementos de identidade territorial, ligando o eixo passado e presente, e propiciando planejamento para o futuro, com entendimento das possíveis desarmonias nas comunidades. As demandas, até então reducionista, no modelo biomédico nas práticas

assistencialistas, foram ampliadas para comunidade, assim como, a importância do diagnóstico epidemiológico que identifica os fatores determinantes no processo de bem-estar e doença. Atualmente, ainda não foram desenvolvidos programas com foco regional/territorial que tenham em consideração suas diversidades, e com o compromisso no atendimento, superando as iniquidades sociais, pode-se afirmar que não existe equidade social de saúde sem que haja, primeiramente, equidade territorial. A territorialização da saúde, trabalha com propostas desde sua implantação, levando em conta a análise de todo o contexto que envolve a área com a formulação de projetos e propostas para a intervenção a nível de ESF. Na prática, é um processo de desvelamento de territórios de atuação das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Com a finalidade de conhecer as áreas de atuação dos serviços de saúde, processo que representa importante ferramenta na organização do trabalho, e na definição das práticas em saúde, visto que, suas ações constituem uma base territorial que detêm a localização geográfica que está estabelecida previamente. Porém, esse processo, deveria ter na prática três sentidos: demarcar limites da área de atuação; reconhecer a dinâmica social no ambiente da população, e estabelecer relações horizontais com a rede de serviços que compõe a saúde.

O que significa a imersão dos trabalhadores na comunidade, com finalidade de instrumentalização, e a organização do processo de trabalho, além das práticas de saúde. Neste contexto, as ações de promoção da saúde podem ser fortalecidas, estas necessitam ser interdisciplinares e intersetoriais, refletindo a melhor qualidade de vida, e não somente delineamento no mapa e contagem das famílias, desconsiderando os dados referentes ao contexto econômico, social, cultural e epidemiológico. Este procedimento demanda bastante tempo da equipe de saúde, além do envolvimento ativo, que normalmente não acontece na prática devido a problemas de gestão, pois o território é contínuo e dinâmico. O planejamento das ações de saúde dos serviços deveria ter origem nos problemas e necessidades da comunidade. Quando tem origem nos programas verticais engessados oriundos do ministério, estes não têm impacto, pois não mobilizam, não educam, não fortalece as redes, não empoderam os sujeitos coletivos, portanto, não são projetos de equidade. O Brasil ao longo de sua história tem se esforçado para mudar o padrão tradicional de tratamento dos problemas sociais e de saúde. Para tanto, a partir da implementação da ESF, melhorou o acesso da população às necessidades básicas de saúde, portanto, identificando e conhecendo mais sobre a área de atuação dessas equipes.

Contudo, muitas áreas convivem com a baixa universalidade de acesso, descontinuidade dos programas e das ações, falta de resolutividade dos serviços, frágil integração intersetorial, e também a falta de definição dos limites que configuram a região de saúde. Atualmente, o trabalho realizado pelas equipes de Saúde da Família, mesmo buscando o conhecimento da área pelo processo de territorialização e todas suas variáveis na busca de informações da comunidade e saberes da equipe, mostra que há um longo caminho a ser trilhado, no sentido de alcançar o pleno exercício da cidadania, no qual todos têm direitos comuns e universais. Somente com as percepções da comunidade será possível repensar sobre as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, e a rede de saúde, visando seu aprimoramento.

REFERÊNCIAS

- Aerts D, Alves G. 1997. Processo de Territorialização: construindo um novo modelo de atenção em Saúde. Texto Utilizado na Capacitação das equipes de Saúde para o processo de territorialização no Município de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil.
- Albuquerque MV, Viana ALA, Lima LD de, Ferreira MP, Fusaro ER, Iozzi FL. 2017. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciênc. Saúde coletiva*, 224: 1055-1064.
- Araújo IMM, Oliveira ÁGRC. 2017. Interfaces entre a saúde coletiva e a ecologia política: vulnerabilização, território e metabolismo social. *Saúde debate*, 41spe2: 276-286.
- Bezerra A, Bitoun J. 2017. Metodologia participativa como instrumento para territorialização das ações da Vigilância em Saúde Ambiental. *Ciênc. Saúde coletiva*, 2210: 3259-3268.
- Brasil. 2010. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool – PCATool. Brasília, DF, 2010. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf >. Acesso em: 10 out. 2020.
- Cardoso A, Nascimento M. 2010. Comunicação no Programa Saúde da Família: o Agente de Saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciênc. Saúde coletiva*, 15Suppl.1: 1509-1520.
- Carrapato J, Castanheira E, Placideli N. 2018. Percepção dos profissionais de saúde da Atenção Primária sobre qualidade no processo de trabalho. *Saúde Soc.*, 272: 518-530.
- Faria RA. 2013. Territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a Construção de uma Perspectiva de Adequação dos Serviços aos perfis do Território Urbano. *Hygeia*, 916:121-130.
- Ferreira J, Celuppi IC, Baseggio L, Geremia DS, Madureira VSFaganello, Souza J. 2018. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? *Saude soc.*, 271: 69-79.
- Frutuoso M. 2015. Gestão Local em Território de Vulnerabilidade: motivação e racionalidades. *Saúde Debate*, 39105: 337-349.
- Gadella CAG, Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. 2011. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciênc. Saúde coletiva*, 166: 3003-3016.
- Justo LG, Severo AKS, Félix-Silva AV, Soares LS, Silva-Júnior FL, Pedrosa JIS. 2017. A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. *Interface Botucatu*, 21Suppl 1: 1345-1354.
- Leonelli LB, Andreoni S, Martins P, Kozasa EH, Salvo VL, Sopezki D, *et al.* 2017. Estresse percebido em profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Epidemiol*, 202: 286-298.
- Mafra M, Chaves M. 2004. O processo de Territorialização e Atenção à Saúde no Programa Saúde da Família. *Fam. Saúde Desenvolv.* 62:127-133.
- Marzari CK, Backes DS, Backes MS, Marchiori MT, Souza MT, Carpes AD. 2013. Realidade sociopolítica, ambiental, e de Saúde de famílias pertencentes a uma comunidade vulnerável. *Ciênc. Saúde coletiva*, 181:77-84.
- Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS Zina LG, Saliba NA. 2010. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis*, 204: 1419-1440.
- Moraes RCP, Anhas DM, Mendes R, Frutuoso, MFP, Rosa KRM, Silva CRC. 2017. Pesquisa participante na Estratégia Saúde Da Família em territórios vulneráveis: a formação coletiva no diálogo pesquisador e colaborador. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, 151:205-222.
- Piccinini C, Silva R. 2015. A ação dos Agentes comunitário de Saúde e o Trabalho Vivo em Ato. *Trab. Educ. Saúde*, 132:361-379.
- Pinto AGA, Palácio MAV, Lobo AC, Jorge MSB. 2017. Vínculo subjetivos do agente comunitário de Saúde no Território de Estratégia Saúde da Família. *Trab. Educação*.15 3:789-802.
- Pinto Junior EP, Cavalcante JLM, Sousa RA, Morais APP, Silva MGC. 2015. Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da saúde da família, em periódicos brasileiros. *Saúde debate*, 39104: 268-278.
- Pinto L, Giovanella, L. 2018. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção Básica. *Ciênc. Saúde coletiva*, 236:1903-1914
- Protasio APL, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. 2017. Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. *Cad. Saúde Pública*, 332: e00184715.
- Ribeiro LA, Scatena JH. 2019. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. *Saúde Soc. São Paulo*, 282:95-110.
- Ribeiro MA, Albuquerque JMN, Cavalcante ASP, Aguiar NLT, Santos FD, Cunha CF. 2016. Territorialização em Saúde na perspectiva de gerentes da Estratégia de Saúde da Família. *Diversitates*, 811-7.
- Santos A, Rigotto R. 2010. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab. Educ. Saúde*, 83:387-406.
- Santos D, Mishima S, Merhy E. 2018. Processo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciênc. Saúde coletiva*, 233:861-870.
- Santos J. 2018. Classe Social, Território e Desigualdades de Saúde no Brasil. *Saúde e Soc.*, 272:556-572.
- Silva D, Tavares M. 2016. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipe da Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, 40111:193-205.
- Simões A, Freitas C. 2016. Análise sobre condições de Trabalho de Equipe de Saúde da Família, num contexto de vulnerabilidades. *Saúde Debate*, 40109:47-58.
- Starfield B. 2002. Atenção primária- equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde. 726p.
- Unglert CVS. 1993. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: MENDES, E. V. Org.. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec.