

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SÁUDE DA FAMÍLIA MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

RIANNA NARGILLA SILVA NOBRE

TERRITORIALIZAÇÃO: UM CAMINHO PARA O CUIDADO

FORTALEZA - CEARÁ 2020

RIANNA NARGILLA SILVA NOBRE

TERRITORIALIZAÇÃO: UM CAMINHO PARA O CUIDADO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação Universidade Estadual do Ceará Sistema de Bibliotecas

Nobre, Rianna Nargilla Silva.

Territorialização: um caminho para o cuidado [recurso eletrônico] / Rianna Nargilla Silva Nobre. - 2020.

67 f. : il.

Dissertação (MESTRADO PROFISSIONAL) -Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Profissional Em Saúde da Família - Profissional, Fortaleza, 2020.

Orientação: Prof. Dr. Maria Rocineide Ferreira da Silva.

1. Território. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Sistem único de saúde. I. Título.

RIANNA NARGILLA SILVA NOBRE

TERRITORIALIZAÇÃO: UM CAMINHO PARA O CUIDADO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Aprovada em: 14 de Julho de 2020

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva (Orientadora-UECE)

Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade (1º membro-FIOCRUZ)

And Patricia Pereira Morais

Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Morais (2º membro- UECE)

AGRADECIMENTOS

À Deus, por sua misericórdia em minha vida, sem Ti eu nada seria.

Aos meus pais, pelo amor, pela disciplina, pelos ensinamentos e pelo apoio irrestritos na busca e insistência pelo saber. Muito obrigada por sempre acreditarem em mim. Aos meus amores, Rildo e Davi, minha família construída e fortalecida, vocês são minha fortaleza. Muito obrigada pelo amor, pela compreensão nos períodos de ausência. Sem a paciência de vocês, eu não teria chegado até aqui. Eu amo vocês! Ao Governo Municipal de Banabuiú, em especial ao Prefeito Municipal Francisco Hermes Nobre e ao Vice-prefeito, José Arimatea da Silva, pelo apoio nesta investida, permitindo ausentar-me das minhas atividades de trabalho, acreditando na simbiótica ligação entre os mundos da universidade e do trabalho para construção do Sistema Único de Saúde.

Aos meus amigos e parceiros de trabalho que constitui, em Banabuiú, minha cidade natal, local de minhas raízes, história e amor, local também de rica e significativa experiência profissional e pessoal, cenário onde transitam afetos e onde somos afetados.

Aos trabalhadores de saúde do município de Banabuiú, vinculados às Equipes da Estratégia Saúde da Família, ao Núcleo Ampliado Saúde da Família e Coordenadores da Atenção Primária à Saúde e Saúde Bucal, pelo aceite em participar da pesquisa e pela disponibilidade em contribuir ativamente aos questionamentos e diálogos.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Maria Rocineide Ferreira da Silva, pelo nosso encontro, por partilharmos o mesmo amor pela Saúde da Família e pelo SUS. Fomos mais que orientadora e aluna, fomos amigas e conselheiras. Gratidão por nossa parceria, aprendizado e pela confiança em mim depositada.

Aos membros da banca, Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira de Morais, Prof.Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade e Prof. Dr. Antônio Rodrigues Ferreira Júnior, pela contribuição no aprimoramento da dissertação.

À Coordenação do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, na Universidade Estadual do Ceará-UECE-Fiocruz, Prof.ª Dr.ª Ana Patrícia Morais e Prof. Dr.José Maria Ximenes, pelo acolhimento, pela dedicação, pelos ensinamentos e pela maestria com que conduziram todos os processos. Em nome deles, agradeço ao corpo docente do

Mestrado Profissional em Saúde da Família, pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, na Universidade Estadual do Ceará-UECE-Fiocruz.

Aos meus colegas de turma, pelos momentos divididos ao longo dessa intensa jornada, compartilhados com muito afeto, alegrias, partilha de saberes, solidariedade e companheirismo.

Aos funcionários do Mundo Verde, pela presteza, simpatia e atenção com que dedicaram durante todo o período em que estivemos juntos.

"Escuta, escuta!
O outro, a outra já vem.
Escuta e acolhe.
Cuidar do outro faz bem."

(Ray Lima)

RESUMO

A territorialização destaca-se como diretriz da Política Nacional da Atenção Básica, apresentando-se como proposta de intervenção na realidade e técnica de planejamento e gestão dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Conhecer o território considerando a pluridimensionalidade é algo efetivamente necessário para estabelecer ações, baseadas em plano desenhado a partir da realidade. A pesquisa objetivou analisar a territorialização enquanto prática de gestão e atenção dos serviços de atenção primária à saúde no âmbito do SUS. Estudo com abordagem qualitativa, através de estudo de caso, realizado no Município de Banabuiú/Ceará, tendo como sujeitos da pesquisa trabalhadores de saúde, coordenadores da Atenção Primária à Saúde e Saúde Bucal e usuários. A coleta de dados aconteceu entre setembro e dezembro de 2019, por meio de oficinas. Os dados da pesquisa foram analisados por meio da Análise de Conteúdo Temática, de Minayo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, conforme parecer nº 3.471.589. Os resultados desvelaram duas categorias temáticas: O conhecimento do território como produtor de cuidado ao usuário da Estratégia Saúde da Família; eA territorialização como organizadora do cuidado, tendo sido articuladas com os referenciais teóricos, sendo produto de reflexão dialógica entre o campo da pesquisa, o campo de conhecimento e as vivências da pesquisadora. Constatou-se necessidade de superar a repartição do território em áreas político-administrativas de ação em saúde para compreensão da dinâmica interna dos territórios (como a vida acontece, como os processos sociais do cotidiano se desenvolvem, fortalecendo o território vivo e influenciador do cuidado em saúde). Reforça-se, ainda, que a territorialização não é estática, mas se nutre de um cotidiano de transformações de âmbito interdisciplinar, intersetorial e interprofissional.

Palavras-chave: Território. Estratégia Saúde da Família. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Territorialization stands out as a guideline of the National Primary Health Care Policy, constituting an intervention proposal and a technique for planning and management of health services in the Unified Health System (SUS). Knowing the territory considering the multidimensionality is effectively necessary to establish actions, based on a plan drawn from reality. This research aimed to analyze territorialization as a management and care practice of primary health care services within the SUS. It was a study with qualitative approach carried out through a case study in the Municipality of Banabuiú, Ceará, Brazil, in which the research population comprised health professionals, coordinators of Primary Health Care and Oral Health, and service users. Data collection took place between September and December 2019 through workshops. Research data were analyzed using the Thematic Content Analysis proposed by Minayo. The Research Ethics Committee of the State University of Ceará approved the research under protocol No. 3,471,589. Results revealed two thematic categories: Knowledge of the territory as a care producer for Family Health Strategy users; and Territorialization as a care organizer, which were articulated with theoretical references, representing a product of dialogical reflection between the field of research, the field of knowledge and the experiences of the researcher. It was identified the need to overcome the division of the territory into political-administrative areas of health action to understand the internal dynamics of the territories (how life happens, how the social processes of daily life develop, strengthening the living and influential territory of health care). It is also reinforced that territorialization is not static, but rather nourished by a daily transformation of interdisciplinary, intersectoral and interprofessional aspects.

Keywords: Territory. Family Health Strategy. Unified Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Municípios que compõem a 8ª Região de	
	Saúde	29
Figura 2 -	Mapa do município pesquisado	29
Figura 3 -	Recorte barreira geográfica, açude arrojado Lisboa x	
	distrito Rinaré	50
Foto 1-	Oficina 1	37
Foto 2-	Oficina 2	38
Foto 3 -	Oficina 1	40
Foto 4 -	Oficina 1	41
Foto 5 -	Oficina 2	43
Foto 6 -	Oficina 2	45
Foto 7 -	Oficina 2	47
Foto 8 -	Oficina 2	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Teto, credenciamento e implantação das estratégias de						
	agentes comunitários de saúde, saúde da família e saúde						
	bucal - janeiro de 2010 a novembro de 2019-						
	Banabuiú/CE	30					
Tabela 2 -	Casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de						
	gestantes com sífilis por ano de diagnóstico. Brasil, 2005-						
	2019	46					
Tabela 3 -	Casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade						
	e taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) por ano de						
	diagnóstico. Brasil, 1998-2019	46					

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB Atenção Básica

ACS Agente Comunitário de Saúde

Al Análise Institucional

APS Atenção Primária à Saúde

DAB Departamento de Atenção Básica

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

CIB Comissão IntergestoraBipartite

CIR Comissão Intergestora Regional

CMS Conselho Municipal de Saúde

CNES Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

CRES Coordenadoria Regional de Saúde

DeCS Descritores em Ciências da Saúde

ESF Estratégia Saúde da Família

EqSF Equipe de Saúde da Família

EqSB Equipe de Saúde Bucal

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MS Ministério da Saúde

NASF Núcleo Ampliado em Saúde da Família

PAS Programação Anual de Saúde

PIB Produto Interno Bruto

PMS Plano Municipal de Saúde

PNAB Política Nacional de Atenção Básica

RAG Relatório Anual de Gestão

SARGSUS Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão

SB SaúdeBucal

SCIELO Scientific Eletronic Library Online

SUS Sistema Único de Saúde

TR Teste Rápido

UECE Universidade Estadual do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇAO 13						
1.1	O despertar e o envolver-se com o objeto de estudo 1						
2	OBJETIVOS 1						
2.1	Geral 1						
2.2	Específicos	18					
3	REVISÃO DA LITERATURA	19					
3.1	Atenção primária à saúde	19					
3.2	Territorialização: dos movimentos que dão vida aos serviços de						
	saúde	22					
4	METODOLOGIA	28					
4.1	Tipo de estudo	28					
4.2	Campo de estudo	28					
4.3	Participantes do estudo	31					
4.4	Coleta de dados	31					
4.5	Análise dos dados	34					
4.6	Considerações éticas	35					
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO						
5.1	O conhecimento do território como produtor de cuidado ao usuário						
	da estratégia saúde da família: o caminho do cuidado	36					
5.2	A territorialização como organizadora do cuidado: do direito de ter						
	direitos	42					
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51					
	REFERÊNCIAS	53					
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E						
	ESCLARECIDO	56					
	APÊNDICE B - CARTA CONVITE	58					
	APÊNDICE C - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	59					
	APÊNDICE D - TERMO DE ANUÊNCIA	60					
	APÊNDICE E - AUTORIZAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO	61					
	APÊNDICE F - REGISTROS DAS OFICINAS	62					
	ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	64					

1 INTRODUÇÃO

1.1 O despertar e o envolver-se com o objeto de estudo

O presente estudo resulta de mobilizações, tensões e experiências vivenciadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Como Enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF), ao longo dos dez anos de inserção neste campo de atuação, tivemos a aproximação com o Sistema Único de Saúde (SUS) e a área da Gestão em Saúde. Inicialmente, fomentando processos locais de Educação Permanente e, posteriormente, tendo a oportunidade de gerenciar a pasta da saúde de um município de pequeno porte do Estado do Ceará.

Abordar sobre a implicação, enquanto pesquisadora, profissional de saúde, gestora, filha nata da terra em que o estudo se desenvolveu, reafirma-senão apenas o valor acadêmico, mas a capacidade tecnopolítica que estudos realizados em um programa acadêmico-profissional podem significar. Observamos que com o movimento de realização, pudemos contribuir com análises efetivas e reais, mas não deixando de reconhecer a capacidade de nos afetar e de afetar os outros nesta caminhada tão complexa de produzir saúde, fazendo emergir histórias, valores, crenças e, principalmente, vínculos ora construídos, ora desconstruídos, um movimento dialético e pulsante da vida que está em relação nos territórios.

A decisão de realizar esta pesquisa, proporcionada pela vivência do Mestrado Profissional em Saúde da Família, cujo processo de ensino e aprendizagem foi se constituindo a partir da análise das situações do nosso cotidiano, impulsiona contribuições para consolidação do SUS neste pequeno e afetivo território, em que temporalidades diversas possíveis de análise de história de vida (profissional e pessoal) da pesquisadora foi constituída.

Na área da Gestão em Saúde, algumas dificuldades foram encontradas ao assumir, no início de 2017, possibilitando o desenvolvimento de pensamento crítico-reflexivo e o protagonismo na implementação de meios que contribuíssem para organização e integração nos serviços de saúde. Percebeu-se entre tantos problemas, que a baixa cobertura da ESF era fator agravante e impeditivo para o desenvolvimento total de processos microssociais e micropolíticos da Atenção Primária à Saúde. Os territórios, configurados em espaços geográficos físicos com limites precisos, necessitavam ser repensados, visto que causavam e revelavam-se como grande

desafio operacional na Gestão em Saúde. A atualização tornou-se um primado, algo imprescindível. Pensar, planejar, a partir desse território, ganhava cada vez mais materialidade, mas também tornou-se importante pensar que concepções abrigávamos de território e de territorialização e que dimensões precisávamos propor para analisar acontecimentos que reforçavam deslocamentos nos modos de existir como equipes de gestão e trabalho em lugares definidos a partir de uma geografia física.

Nesse contexto, muitos questionamentos eram colocados, pois como buscar qualificação do cuidado de maneira ampla e resolutiva se as equipes estavam trabalhando de maneira sobrecarregada e desorganizada? Como seria possível efetivar a integralidade das ações na APS, se a cobertura da ESF estava baixa? Como pensar em uma territorialização que fosse capaz de fazer reconhecer os limites e as potencialidades dos sujeitos implicados com esse movimento?

Como estratégia de enfrentamento, buscou-se realizar levantamento das necessidades de reorganização da ESF, a partir do número considerado ideal para cobertura da ESF, identificando área geográfica a ser coberta, com estimativa da população residente, o número de Equipes da ESF, Equipes de Saúde Bucal (SB) e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), necessários para desenvolver as ações na ESF, além de estrutura mínima com que contarão as unidades básicas de saúde onde atuarão as equipes de Saúde da Família. Em seguida, elaboramos Projeto de Credenciamento de novas Equipes para ESF, pela Gestão, sob a supervisão da 8ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), responsável pelo município e submetido às instâncias do Conselho Municipal de Saúde (CMS), Comissão Intergestora Regional (CIR), Comissão Intergestora Bipartite (CIB), tendo aprovação, seguindo para o Ministério da Saúde (MS), no ano de 2017.

No início do ano de 2018, efetivou-se a operacionalização, a partir da aprovação do MS de mais quatro equipes da ESF, cinco equipes de SB e sete novos ACS, consolidando no município a ampliação do teto máximo da ESF, fato almejado e que possibilitaria a efetivação da APS. Neste contexto, partiram estratégias para reorganização, pois o prazo para esta implantação seria de quatro meses. A estratégia primordial adotada, reconhecida como de maior importância, foi a territorialização, pois, a partir dela, não apenas um desenho de espaços seriam (re)construídos, mas resgates históricos, culturais, potencialidades, fragilidades e, principalmente, análises

de processos microssociais e micropolíticos envolvidos nos territórios e a produção de cuidado.

Conhecer o território na pluridimensionalidade é algo efetivamente necessário para estabelecer ações, baseados em plano desenhado a partir da realidade. A territorialização se destaca como diretriz da Política Nacional da Atenção Básica, recém publicada pela Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo, ainda, que a territorialização e adstrição constituem diretrizes da APS, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele (BRASIL, 2017).

Para efeitos dessa Portaria, considera-se território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS, na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2017).

Faria (2013), em estudo, utiliza o termo técnica ao se referir à territorialização, pois se apresenta como proposta de intervenção na realidade, tratando-se de técnica de planejamento e gestão dos serviços de saúde do SUS. Em termos práticos, pode também ser entendida como o processo de criação de territórios de atuação de unidades de atenção primária à saúde, justificando, assim, o uso do termo territorialização, ou seja, processo de criação de territórios. Esse foi o modo encontrado para se resolver a questão da definição das áreas de atuação dos serviços de atenção primária, ou seja, territorializando os serviços e cadastrando (adscrição de clientela, como é chamada) a população no interior.

Corroborando com Faria (2013), entendemos a necessidade de territorializar como subsídio para o planejamento e operacionalização da gestão, a partir do reconhecimento de novos territórios que deveriam ser (re) construídos, pois estávamos ampliando cinco para nove equipes da ESF.

Mendes (2015) afirma que a territorialização, juntamente com o cadastramento das famílias, a classificação de riscos familiares, o diagnóstico local, a estratificação de risco das condições crônicas, a programação e o monitoramento por estratos de riscos, a agenda e a contratualização, constituem os macroprocessos

básicos da APS e são aqueles que vão fornecer suporte ao atendimento das diversas demandas da população.

Partimos da ideia que para habitar um território, é necessário explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às questões deste, ser capaz de movimentar-se por ele com ginga, alegria e descoberta, fazendo apostas, detectando as alterações de paisagem e colocando em relação fluxos diversos, não somente cognitivos, não somente técnicos e racionais, mas políticos, comunicacionais, afetivos e interativos, no sentido concreto, isto é, detectável na realidade (CECCIM, 2005).

Nesse contexto e corroborando com os autores, enquanto gestão, buscouse implementar esta diretriz, que é a territorialização, entendendo-a como elementar, tornando-se tema instigante, despertando interesse pessoal e profissional, pois, além de poder contribuir para consolidação da APS no município, é nutrido o sentimento de amor pela terra em questão, pois mantêm-se raiz neste lugar.

Diante disso, disparamo-nos com a necessidade de compreender como os processos microssociais e/ou micropolíticos que ocorrem no interior das organizações de saúde sofrem transformações, a partir da territorialização.

Desse modo, este estudo contribuirá para compreender a transformação das práticas cotidianas dos profissionais dos serviços de saúde, possibilitando a reflexão-ação-reflexão dos modos de produzir cuidado, abertura para o diálogo, encontro de saberes. Isso significa considerar alguns dos princípios fundamentais da proposta do Sistema Único de Saúde, ainda que este sistema esteja legalmente instituído em todo o país, proporcionando, ainda, o aprimoramento da produção do cuidado pelas equipes da ESF, a partir do desencadeamento de reflexões acerca do processo de trabalho, identificando limites e possibilidades de superação para consolidação da ESF e fortalecimento do SUS, entendendo a territorialização como ferramenta necessária, contínua e viva.

Enquanto pesquisadora, percebemos que se faz necessário analisar o movimento vivo que foi e continua sendo a territorialização. Alguns elementos precisam ser desvelados pelos profissionais e pelas comunidades, além dos limites das áreas adscritas e dos problemas emergenciais que alteram a vida das pessoas, envolvendo pessoas em relação e contextos complexos, nos quais usuários, trabalhadores e pesquisadores possuem ângulos de olhares distintos e que, conjugados, podem produzir saberes e conhecimentos. Enfatizamos, ainda, a escassez de referências bibliográficas sobre a temática, que pudessem permitir maior

e mais rico debate, tendo em vista que não são muitos os trabalhos sobre territorialização. Essa lacuna ultrapassa a bibliografia internacional, destacando alguns poucos trabalhos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Reforçamos, também, a importância deste estudo, o qual contribuirá para política de gestão da saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a territorialização enquanto prática de gestão e atenção dos serviços de atenção primária à saúde no âmbito do SUS.

2.2 Específicos

- Mapear as concepções de território assumidas por gestores, trabalhadores e usuários;
- Compreender como as concepções de território materializam-se nos movimentos de territorialização, para os gestores, trabalhadores e usuários;
- Conhecer os processos microssociais e/ou micropolíticos que ocorrem nos movimentos de territorialização em saúde.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Atenção primária à saúde

Em 1920, oito anos após a instituição do seguro nacional de saúde na Grã-Bretanha, foi divulgado texto oficial (Lord Dawson of Penn, 1920), tratando da organização do sistema de serviços de saúde. Distinguiam-se três níveis principais de serviços de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola. Esta formulação foi a base para o conceito de regionalização e este arranjo teórico forneceu a base para reorganização dos serviços de saúde em muitos países (STARFIELD, 2002).

O Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido, em 1920, é considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de Atenção Primária à Saúde, na perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob base geográfica definida. As concepções desse documento influenciaram a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948 que, por sua vez, passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (LAVRAS, 2011).

Ainda segundo esse autor, outro marco histórico da atenção primária à saúde é a Declaração de Alma-Ata, na cidade da URSS, em 1978, em que se realizou a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.

A Conferência de Alma Ata especificou ainda mais que os componentes fundamentais da atenção primária à saúde eram educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde maternoinfantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional (STARFIELD, 2002).

No Brasil, desde o surgimento dos Centros de Saúde Escola, nos anos de 1920 até a atualidade, assistimos a várias tentativas de se organizar a APS. Mais do que isso, vários modelos foram configurados em diferentes regiões do país, em função de interesses e concepções bastante distintas (LAVRAS, 2011).

Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções,

como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento (BRASIL, 2017).

A APS tem história singular no Brasil que pode ser registrada por ciclos de desenvolvimento (MENDES, 2015). O primeiro ciclo surgiu, em 1924, com os Centros de Saúde criados na USP, provavelmente, esses centros sofreram alguma influência do pensamento dawsoniano do Reino Unido. O segundo ciclo deu-se no início dos anos de 1940, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), hoje Fundação Nacional de Saúde. O terceiro ciclo, instituído a partir da metade dos anos de 1960, desenvolveu-se nas Secretarias Estaduais de Saúde, conservando o núcleo tecnológico original sespiano, o que implicava focalizar as ações na prevenção das doenças, mas incorporando a atenção médica em modelo dirigido especialmente para o grupo materno-infantil e as doenças infecciosas, como tuberculose e hanseníase, os denominados programas de saúde pública, exercitados com algum grau de verticalidade (MENDES, 2015).

O quarto ciclo, nos anos de 1970, é contemporâneo da emergência, na cena internacional, da proposta de APS que seria referendada pela Conferência de Alma Ata em 1978. Esse ciclo começou a se desenvolver na forma de programas de extensão de cobertura, referidos claramente pela decodificação da APS como programa de atenção primária seletiva, com objetivos de extensão de cobertura. O quinto ciclo ocorreu no início dos anos de 1980, concomitantemente a uma grave crise da Previdência Social que institui as Ações Integradas de Saúde (AIS) que levaram para as unidades de APS do sistema de saúde pública parte da cultura de atenção médica do INAMPS (MENDES, 2015).

A instituição do SUS gerou o sexto ciclo que se concretizou por meio da municipalização das unidades de APS dos estados que passaram para gestão dos municípios, o que resultou na enorme expansão dos cuidados primários. A implantação do PSF significou o sétimo ciclo de desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira que se denomina ciclo da atenção básica à saúde e que vige atualmente. Pela primeira vez, agregava-se à dimensão quantitativa da expansão da APS a perspectiva qualitativa. Não se tratava, simplesmente, de fazer mais do mesmo, mas de fazer mais e com qualidade diferente do modelo de atenção primária seletiva vigente ou dos modelos de medicina familiar. Esse ciclo sofreu influência dos modelos da medicina de família e de comunidade, praticados em países como Inglaterra, Canadá e Cuba, mas a raiz mais significativa veio da experiência do Programa de

Agentes Comunitários de Saúde, desenvolvido no Estado Ceará, Brasil, e expandida com a incorporação de médicos e enfermeiros (MENDES, 2015).

O Brasil experimentou orientações institucionais recentes em direção a esses princípios, com a criação do SUS, em 1988, e respectivas reformas incrementais, como a adoção da APS como enfoque de interesse político nos últimos vinte anos e a progressiva implementação da ESF em caráter substitutivo à rede tradicional (PORTELA, 2017).

A PNAB, Art. 2º, afirma que a Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Destaca, também,no Art. 3º, que são princípios e diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica:

- I Princípios:
- a) Universalidade;
- b) Equidade; e
- c) Integralidade.
- II Diretrizes:
- a) Regionalização e Hierarquização:
- b) Territorialização;
- c) População Adscrita;
- d) Cuidado centrado na pessoa;
- e) Resolutividade;
- f) Longitudinalidade do cuidado;
- g) Coordenação do cuidado;
- h) Ordenação da rede; e
- i) Participação da comunidade (BRASIL, 2017).

Esses princípios reforçam a ideia do que se tornou imprescindível para pensarmos na materialidade dos resultados a serem alcançados para saúde das famílias que habitam um território.

No ano de 2019, o Ministério da Saúde do Brasil institui o Programa Previne Brasil, a partir da Portaria 2.979, de 12 de novembro de 2019, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

3.2 Territorialização: dos movimentos que dão vida aos serviços de saúde

Tentar compreender o território é, em princípio, assumir a atitude de percorrer diversas e distintas acepções elaboradas acerca dele ao longo dos anos. Autores, filiados às diferentes tradições intelectuais e correntes de pensamento, intentaram realizar esse percurso, e cada qual, ao seu modo e no seu tempo, contribuiu para compreensão do mesmo (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

Desde a origem, o território nasce com dupla conotação, material e simbólica, pois etimologicamente aparece tão próximo de *terra-territorium* quanto de *terreo-territor* (terror, aterrorizar), ou seja, refere-se à dominação (jurídico-política) da terra e com a inspiração do terror, do medo – especialmente para aqueles que, com esta dominação, ficam alijados da terra, ou no "territorium" são impedidos de entrar. Ao mesmo tempo, por extensão, podemos afirmar que, para aqueles que têm o privilégio de usufruí-lo, o território inspira a identificação (positiva) e a efetiva apropriação (HAESBAERT, 2004).

Para Haesbaert (2004), território, assim, em qualquer acepção, tem a ver com poder, mas não apenas ao tradicional "poder político". Diz respeito tanto ao poder, no sentido mais concreto, de dominação, quanto ao poder, no sentido mais simbólico, de apropriação.

O território é também espaço, porém singularizado, sempre tem limites que podem ser político-administrativo ou de ação de determinado grupo de atores sociais; internamente, é relativamente homogêneo, com identidade que vai depender da história da construção, e o mais importante, é portador de poder – nele se exercitam e se constroem os poderes de atuação, tanto do Estado, das agências e dos cidadãos. Por isso, sua importância estratégica para as políticas sociais públicas na consolidação de ações para o enfrentamento de problemas e necessidade da população que o habita e o produz socialmente (GONDIM *et al.*, 2008).

O território tem conceito utilizado desde a criação do SUS, pois com a descentralização dos serviços de saúde, os municípios passaram a se organizar em territórios, tanto regionais quanto municipais, para organizar as ESF. Para tanto, a saúde se apropriou do conceito de território, oriundo da geografia e, por isso, faz-se necessário entender como ambos utilizam esse conceito, as concepções e diferenças (TETEMANN; TRUGILHO; SOGAME, 2016).

Território é mais do que um espaço geográfico, um lugar onde as pessoas vivem, trabalham, sonham e conduzem a vida. O estudo do território deve ser feito para revelar as assimetrias espaciais, ou seja, o modo como se distribuem no espaço os distintos grupos sociais que ali vivem e que têm necessidades e demandas diferenciadas. Dentro do território de atuação das equipes, os domicílios devem ser entendidos como espaços-âncora, ou seja, onde constroem as relações intra e extrafamiliares, em que se dá a luta pela sobrevivência, reprodução e melhoria das condições de vida. A ação sobre esse espaço é um desafio a um olhar técnico, político, social e cultural mais ousado, que abandona a área delimitada pelos muros dos serviços de saúde, enraizando-se na vida social, a partir do espaço/domicílio de cada família (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

O espaço geográfico é uma instância social, formada por fixos e fluxos, configurações espaciais e dinâmicas sociais, sistemas de objetos e sistemas de ações, ou seja, sempre a relação entre o inerte e o dinâmico, o prático-inerte. O espaço geográfico, em totalidade, deve ser compreendido a partir das formas e dos conteúdos – estruturas, processos e funções. Como também essa totalidade é abarcada pelo processo de circulação- produção, distribuição, troca e consumo (QUEIROZ, 2014).

Os territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam à necessidade da população adscrita e ou as populações específicas (BRASIL, 2017).

Gondim *et al.* (2008) trazem que os territórios onde se desenvolvem as práticas de saúde (curativas, preventivas e promocionais), em geral, são fragmentados, ainda que estejam dentro de um mesmo município. Há diversidade de interpretações e múltiplos sentidos ao que se denomina de território no campo da saúde. Torna-se evidente, assim, a necessidade de definir um "espaço geográfico" para estruturação e organização de serviços de saúde compatíveis com as necessidades e os problemas demandados pela população. Isto contribuiria para melhor atuação dos profissionais, aproximando-os do cotidiano da vida das pessoas sob seus cuidados e o desenvolvimento de práticas sanitárias efetivas — integrais e humanizadas —, que auxiliem na melhoria das condições de vida da população e na produção de saúde.

Para esses autores, ainda, a utilização da categoria território serve para operacionalização de diferentes situações no campo da saúde: distribuir e localizar no espaço unidades de saúde, traduzidas em área de abrangência e acessibilidade a serviços e produtos de saúde; compreender e analisar o processo saúde-doença, identificando os fatores determinantes e condicionantes em múltiplas dimensões — social, econômica, política, ecológica, cultural; circunscrever e elaborar diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida de uma população de referência; identificar necessidades, situações-problemas e populações específicas para intervenções em saúde; localizar e espacializar riscos à saúde e ao ambiente; definir a base populacional, o nível de agregação das variáveis (determinantes e condicionantes) e a escala de observação — base cartográfica, nos estudos epidemiológicos (descritivos e analíticos) e nos epidemiológicos espaciais, e planejar e alocar recursos (físicos, financeiros, tecnológicos), inclusive pessoas, compatíveis com as necessidades e os problemas de uma área e população específicas.

Faria (2013) destaca que, de modo geral, a estruturação territorial dos serviços do SUS vem sendo feita no Brasil através da chamada "territorialização da saúde", técnica de planejamento, talvez uma tecnologia como designa Monken (2003), e uma política de Estado utilizada para planejar a localização e os modos de inscrição territorial dos serviços de saúde nas diversas escalas. Aponta-se, assim, a territorialização dos serviços de atenção primária à saúde, pois estes, diferentes dos serviços ligados às especialidades, devem operar sobre uma base territorial muito bem definida.

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família a estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo, reconhece os princípios e as diretrizes, a caracterização e a relação de serviços ofertados na Atenção Básica serão orientadores para organização nos municípios, destacando a territorialização como diretriz da Atenção Básica (BRASIL, 2017).

A territorialização e a definição do território como responsabilidade de cada equipe estão entre as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). O processo de territorialização deve ser considerado meio operacional para o desenvolvimento do vínculo entre os serviços de saúde e a população, permitindo aproximação para o entendimento dos problemas e das necessidades de saúde do território (BRASIL, 2018).

A territorialização compõe o modo de organização da rede de serviços e das práticas de saúde locais, no SUS. Contudo, de modo muito frequente, áreas limítrofes territoriais são mal definidas e inseridas nas demarcações de territorialidade para efetivação dos programas e das ações de saúde, acarretando iniquidade de acesso à atenção por parte dos usuários do SUS. Isso incide de modo nefasto na atenção à saúde pública, comprometendo e fragilizando o princípio de universalidade do SUS (TETEMANN; TRUGILHO; SOGAME, 2016).

A utilização dos conceitos de espaço e território em Santos permitiu mudar o foco de atenção, que antes era centrado na doença, para os determinantes sociais das condições de saúde. A apropriação social do espaço produz territórios e territorialidades propícias à disseminação de determinadas enfermidades. Os usos e as funções que cada recorte espacial admite podem conformar perfis territoriais que revelam as condições de acesso aos serviços de saúde, exposição a fatores de risco, exclusão socioespacial, entre outros fatores determinantes das situações de saúde em grupos sociais (FARIA; BORTOLOZZI, 2009).

A territorialização consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, considerando-se atuação em delimitação espacial previamente determinada. No entanto, essa estratégia, muitas vezes, reduz o conceito de espaço, utilizada de forma meramente administrativa, para gestão física dos serviços de saúde, negligenciando-se o potencial deste conceito para identificação de problemas de saúde e propostas de intervenção (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Estudo de Pessoa *et al.*(2013) afirmam que a incorporação dos processos que modificam as relações humanas no e com o território nas práticas da APS se apresentam insuficientes, sendo que a territorialização restringe-se à elaboração de um mapa que focaliza áreas de risco, entendidas como responsabilidade dos profissionais da APS, e mais como estratégia organizativa e gerencial do serviço, não incorporando realmente a participação comunitária, não sedimentando o compromisso ético-sanitário da equipe com a população, nem estabelecendo parcerias que busquem ação corresponsável na promoção da mudança.

No entanto, por vezes, a estratégia da territorialização em saúde, sobretudo, no contexto das ações da Atenção Básica à Saúde, reduz bastante a potência analítica e a eloquência descritiva acerca das inúmeras características da vida das pessoas que emergem em dado território. Em verdade, a operacionalização

da categoria 'território', por parte dos profissionais do SUS, vem sendo tratada de forma parcial, de modo que o conceito de espaço, consagrado a fins administrativos que se voltam para dimensão gerencial dos serviços de saúde, tem limitado seu potencial e as possibilidades na identificação de questões de saúde e das correspondentes iniciativas de intervenção concreta, na realidade cotidiana das coletividades humanas (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

A territorialização – elo entre o profissional da saúde e a comunidade – traz a compreensão de que a APS é o eixo central das políticas de saúde pública e indica como cada membro das equipes da ESF deve desenvolver seu papel na área de abrangência de cada UBS, constituindo porta de entrada do SUS. Vivenciar a dinâmica da comunidade e como esta influencia o processo saúde-doença demonstram na prática a importância do estabelecimento de vínculos entre os profissionais da saúde e a população atendida (ARAÚJO et al., 2017).

É imprescindível que, além da definição do território de responsabilidade de cada equipe por parte da gestão (recomendação do parâmetro populacional de 1 equipe para 2000 a 3500 pessoas), as equipes conheçam o território de atuação e programem as ações de acordo com o perfil de morbidade e mortalidade, e as necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos para cartografia, como os fatores ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais etc. Ademais, enfatizamos a importância de refazer ou atualizar a territorialização sempre que necessário, considerando que o território é vivo e dinâmico (BRASIL, 2018).

A construção de instrumentos e ferramentas que permitam aproximação ao território de atuação das equipes de saúde da família para levar a termo as ações programáticas previstas na ESF e, para além delas, a consecução de efetivas ações de vigilância em saúde vêm assumindo importante papel e representam hoje grande desafio. Assim, o processo contínuo de territorialização deve buscar ir além do mapeamento inicial e da delimitação estanque dos territórios, contemplando permanentemente as distintas dinâmicas que emergem de cada território (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

Neste estudo, território foi considerado aquele que vai além das questões de geografia e física. Refere-se ao conjunto das relações estabelecidas entre o indivíduo e o meio que está inserido, considerando história, crença, valores e sentidos. Territorialização, para a pesquisadora, foi considerada proposta de intervenção na

realidade, constituindo diretriz básica da APS, que ultrapassa os limites das áreas adscritas e dos problemas emergenciais que alteram a vida das pessoas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, na produção de saberes e conhecimentos, proporcionando a transformação das práticas cotidianas.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Estudo com abordagem qualitativa, através de estudo de caso.

O método qualitativo é que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem artefatos e a si, sentem e pensam (MINAYO, 2014).

Os estudos de caso constituem a estratégia de escolha quando são procedidos questionamentos do tipo "como" e "por que", quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e na ocasião em que o foco está em fenômenos contemporâneos estabelecidos em algum contexto da vida real (YIN, 2005).

Ainda conforme Yin (2005), o estudo de caso, como estratégia de pesquisa, contribui com o conhecimento dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos relacionados. O estudo de caso permite investigação para se preservar as características integrais e significativas dos acontecimentos da vida real, surgindo do desejo de compreender fenômenos sociais complexos.

Neste estudo, assumimos o estudo de caso como proposta, em virtude do município em que se desenvolveu o estudo foi o único da região que concretizou a ampliação da APS, por meio de um movimento de conhecimento do território sob diferentes perspectivas, através de novos credenciamentos de equipes SF, SB, ACS, nos primeiros 02 anos de gestão municipal, tendo inclusive sido reconhecido por meio do Estado.

4.2 Campo de estudo

O estudo foi desenvolvido em município de pequeno porte, Banabuiú-CE, Brasil, localizado no Sertão Central, distante aproximadamente 220km de Fortaleza.

Pertencente a oitava Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), em conjunto com mais nove municípios: Choró, Ibaretama, Ibicuitinga, Milhã, Pedra Branca, Quixadá, Quixeramobim, Senador Pompeu e Solonópole, com limites

geográficos com Quixeramobim, Solonópole, Jaguaretama, Quixadá e Morada Nova (RAG, 2017).



Figura1 - Municípios que compõem a 8ª Região de Saúde

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, SESA, 2010.

Com área de 1.080.329 km², administrativamente, Banabuiú está dividido em cinco distritos: Sede, Laranjeiras, Pedras Brancas, Rinaré e Barra do Sitiá, conforme mapa regional ilustrado (PAS, 2018).



Figura 2 - Mapa do município pesquisado

Fonte: PAS, 2018.

A APS está organizada em nove equipes da ESF, nove equipes de Saúde bucal, um Núcleo Ampliado de Saúde da Família, 44 ACS cadastradas.

Demograficamente, a população de Banabuiú se apresenta como primordialmente urbana (56,04%), parda (59,97%) e jovem (23,56%). Contudo, há considerável percentual de pessoas com idade superior a 50 anos (18,70%), o que reflete que a estimativa de vida populacional do município vem crescendo a cada ano, remetendo à necessidade de investir em políticas de saúde voltadas para promoção da saúde, sensibilizando as pessoas para os cuidados com o próprio corpo e o ambiente em que vivem, sobretudo, pautando ações que visem melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas (PAS, 2018).

Segundo dados do IBGE, a população estimada em 2017 foi de 18.027 pessoas, baseando-se no último censo (2010) que apresentou 17.315 pessoas.

Para o Departamento de Atenção Básica (DAB), a PIB *per capita* do município é de 5.472,88 (2011), 32,61% da população se encontram em extrema pobreza, dados de 2010 e 1,39 % da população residente no município possuíam plano de saúde, fato importante, pois 99% da população utilizam e necessitam do SUS para efetivação de ações.

Ao analisar os dados do DAB, com relação ao histórico de implantação de equipes, entre os anos de 2010 e 2019, encontramos a seguinte situação descrita na Tabela 1.

Tabela 1 -Teto, credenciamento e implantação das estratégias de agentes comunitários de saúde, saúde da família e saúde bucal- janeiro de 2010 a novembro de 2019- Banabuiú/CE

(continua)

ANO	POP	ACS				EqSF		EqSB		
		Teto	Cred. MS	Impl.	Teto	Cred.MS	Impl.	Teto	Cred. MS	Impl.
2010	18.196	45	31	30	8	5	5	4	3	3
2011	18.311/	46/43	31	27	8/7	5	5	4	3	3
	17.315									
2012	17.315	44	31	31	7	5	5	4	4	4
2013	17.403/	44	31	31	7	5	5	4	4	4
	17.488									
2014	17.488	44	31	31	9	5	5	4	4	4
2015	17.488	44	31	31	9	5	5	4	4	4
2016	17.488	44	31	31	9	5	5	4	4	4

									(conc	lusao)
2017	17.488	44	31	31	9	5	5	4	4	4
2018	17.968	45	37	37	9	9	9	9	9	9
2019*	17.968	45	45	43	9	9	6-9	9	9	9

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE. 2019* dados sujeitos a alterações.

4.3 Participantes do estudo

Os participantes da pesquisa foram trabalhadores de saúde que atuavam nas equipes da ESF, representantes da gestão, compreendendo as Coordenadorias de Atenção Primária à Saúde e Saúde Bucal do município e usuários.

Os trabalhadores de saúde foram selecionados interdisciplinarmente, após momento coletivo de apresentação dos objetivos da pesquisa na Unidade Básica de Saúde

Como critérios de inclusão:

- Trabalhadores de saúde: possuir vínculo nas equipes adscritas; ter vivenciado o período da territorialização; pertencer a uma das categorias profissionais da Atenção Primária à Saúde;
- Gestores: profissionais de saúde que ocupassem cargo em gestão, vinculado à Secretaria de Saúde do município, mais especificamente a APS e SB, em qualquer tempo;
- Usuários: pessoas que residiam nos territórios adscritos; pessoas que participavam do conselho de saúde e pessoas referências de movimentos sociais/populares.

Como critérios de exclusão:

- Todos os trabalhadores de saúde que estavam ausentes do município, no período da pesquisa, por motivos de licença-maternidade, licençamédica, férias e/ou outros;
- Gestores: todos os coordenadores que tiverem sido substituídos;
- Usuários: conselheiros que não eram membros do conselho no período 2018-2019.

4.4 Coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu por meio de realização de oficinas. A imersão no campo e as oficinas de produção ocorreram de setembro a dezembro de 2019.

As oficinas se estabelecem em um espaço de criação e descobertas, sendo assim lugar de criatividade, vida, trabalho, transformação, em que processo e produto formam uma unidade dialética, cujas finalidades são acordadas com os participantes, constituindo-se em processo de elaboração, criação, planejamento e coordenação coletivamente. Desta forma, todos são fundamentais e cada um é corresponsável na produção do que se deseja obter, tendo como base as potencialidades do próprio grupo, com suporte na prática de cada sujeito no cotidiano (DARON, 2014).

Em estudo realizado por Silva (2012), as oficinas se configuraram como dispositivos para se estabelecer diálogos sobre os temas significativos e também relevantes, capazes de fazer fluir a produção que se realiza no Saúde da Família.

Inicialmente, para participação da oficina, foi enviada carta convite (Apêndice B) para cada sujeito da pesquisa, especificando dia, hora e local, em que prezamos pela garantia de espaço confortável e reservado eticamente para livre expressão dos participantes. Realizamos duas oficinas, sendo que o primeiro e segundo encontros tiveram duas e três horas de duração, respectivamente, nos quais foram abordadas diferentes questões sobre o território, a territorialização e produção de cuidado na ESF.

As oficinas foram gravadas e fotografadas. A primeira oficina foi de construção de significados para territorialização. Os sujeitos foram acolhidos com vídeo chamado "TIM TIM", que retrata um caminho percorrido em um território, olhares e sentidos envolvidos. Em seguida, com a utilização de cartolina, papel colorido, canetinhas, tinta, cola colorida, barbante, tesoura, solicitamos que cada sujeito escrevesse palavras geradoras sobre o significado da territorialização e/ou desenhasse algo que representasse esse significado. Todos os sujeitos escreveram palavras. Depois, esses sujeitos foram agrupados em territórios, de modo que os trabalhadores do NASF buscassem se agregar, alternando entre os territórios e, a partir desse agrupamento, construíssem novo significado, a partir dos significados que foram construídos. Cada agrupamento expôs, de forma criativa, esse significado. Alguns usaram da estratégia do desenho, outros fizeram arranjos com palavras.

Vinte e dois sujeitos estiveram implicados na produção destes dados, tendo sido denominados pela inicial da letra da categoria profissional, sendo Enfermeira- E, dentista-D, Médico-M, Agente Comunitário de Saúde- A, profissional do NASF- N, gestores da APS e SB- G e numerados pela ordem de fala, 1, 2, 3, 4, 5 e assim sucessivamente. Ao total, participaram da primeira oficina:

- 07 enfermeiros da ESF, todas do sexo feminino;
- 03 dentistas da ESF,todas do sexo feminino;
- 02 médicos da ESF, ambos do Programa Mais Médicos, sendo um do sexo masculino e uma do feminino;
- 02 Agentes Comunitários de Saúde, sendo um do sexo masculino e umdo feminino;
- 02 coordenadoras, sendo uma enfermeira e uma dentista, sexo feminino;
- 06 profissionais do NASF, sendo uma assistente social, duas psicólogas, dois profissionais de educação física e uma fisioterapeuta;
- Nenhum usuário participou da primeira oficina.

A segunda oficina teve a participação de um pesquisador auxiliar, um mestrando do Grupo de Pesquisa do qual a pesquisadora está inserida. Nesta oficina, utilizamos a estratégia de colagens, com a utilização de revistas, para que essa construção fosse realizada, com fotos ou figuras, ou até mesmo desenhos acerca da discussão do território, enfocando a potencialidade como organizador do cuidado e como se desenvolve o território como organizador dos processos de produção de cuidado, de gestão e atenção.

Na segunda oficina, tivemos menor participação dos sujeitos, apenas treze, tendo em vista que alguns não conseguiram chegar no horário estabelecido e outros que desistiram. Ao total, participaram:

- 05 enfermeiros da ESF, todas do sexo feminino;
- 01 dentista da ESF, sexo feminino;
- Nenhum médico;
- 01 Agente Comunitária de Saúde, sexo feminino;
- 02 coordenadoras, sendo uma enfermeira e uma dentista, sexo feminino;
- 02 profissionais do NASF, sendo uma psicóloga, um profissional de educação física;
- 01 usuária, conselheira de saúde.

Barros (2004) analisou o grupo como dispositivo e instituição e, a um só tempo, propôs um olhar sobre este, considerando as instituições que o atravessam. A

autora propõe deslocamento na direção de diferentes modos de significação dos grupos, partindo do conceito de transversalidade, pois este:

[...] implica uma quebra das dimensões horizontais e verticais, tão frequentemente sinalizadas nos grupos. Ultrapassá-las pela transversalidade implicaria, certamente, uma ampliação do campo de análise [...] na direção da desnaturalização, ou seja, a da inclusão [...] da própria instituição da análise e de seus dispositivos. [...] significaria não tomá-la apenas como mais um eixo para o grupo ser pensado, mas enquanto algoque o configuraria de outra maneira – como processualidade (Barros, 2004).

4.5 Análise dos dados

O tratamento do material empírico foi orientado pela análise de conteúdo temática. Enfatiza Minayo (2016) que, como o próprio nome indica, o conceito central é o tema. Trabalhar com análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentidos que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.

Para Minayo (2014), a Análise de Conteúdo é a expressão genérica que designa o tratamento de dados qualitativos. Trata-se de conceito historicamente construído para fornecer respostas teórico-metodológicas e que se diferencia de outras abordagens. A mais importante autora dessa modalidade é Bardin (1979).

A autora pontua ainda que a expressão significa mais do que um procedimento técnico, faz parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais. Diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos (MINAYO, 2014).

Entre as possibilidades de categorização no campo da saúde, a mais utilizada é a análise de conteúdo temática, consistindo em isolar temas de um texto e extrair as partes utilizáveis, de acordo com o tema pesquisado, para permitir comparação com outros textos escolhidos da mesma maneira.

Assim, operacionalmente, na primeira etapa da pesquisa, realizamos leitura exaustiva do material coletado, procedendo à exploração do material, a análise propriamente dita. Um contato direto com o material coletado, proporcionando melhor compreensão deste, bem como representatividade.

Na segunda etapa, produzimos um quadro com palavras, frases e recortes de depoimentos, sendo especificados colorimetricamente, possibilitando, assim, operação classificatória, que visou alcançar o núcleo de compreensão do texto.

Nesse contato intenso – sonoro e visual - etapa de exploração do material, algumas categorias emergiram. Para este estudo, elencamos duas grandes categorias temáticas que foram avistadas para aprofundamento. A categorização foi se estruturando desde esse momento, tendo-se produzido um quadro que possibilitou a visualização das categorias temáticas.

Quadro1 – Composição das categorias temáticas

Categorias	Temas
1	O conhecimento do território como produtor de cuidado ao usuário
	da Estratégia Saúde da Família
2	A territorialização como organizadora do cuidado

Fonte: Elaborado pela autora.

O tratamento dos resultados e a interpretação foram associados à produção de dados extraídos de documentos, hoje visualizados nos relatórios disponíveis em domínio público e a autores da literatura que discutem sobre os temas emergentes, constitutivos da terceira etapa, responderam aos questionamentos levantados por este estudo, e foram apresentados por meio de fragmentos das falas dos sujeitos do estudo.

4.6 Considerações éticas

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil, base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/CONEP (Comitês de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, tendo a aprovação conforme parecer 3.471.589 (ANEXO A).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ApêndiceA) foi apresentado aos sujeitos da pesquisa, antes do início da coleta de dados, ocasião na qual foi explicitado como ocorreria o estudo, juntamente com os objetivos, enfatizando os riscos e benefícios do estudo e a autorização necessária para realização e

utilização posterior de todo o material produzido, bem como obedecendo aos princípios éticos dispostos na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Respeitando as questões éticas, foi inserido um pesquisador auxiliar, conforme descrito anteriormente, para assegurar os movimentos de deslocamento tão necessários ao campo da análise.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 O conhecimento do território como produtor de cuidado ao usuário da estratégia saúde da família: o caminho do cuidado

Nesta categoria, o conhecimento do território como elemento primordial ao cuidado do usuário na Estratégia Saúde da Família foi disparado pelos sujeitos pesquisados, revelando particularidades dessa produção.

Temos nossos usuários, queridos, alguns chorando, outros sorrindo, mas todos inseridos nesse território, no caminho do cuidado e que a gente conseguindo vencer essas barreiras, percorrendo esse caminho, a gente transforma realidades (N1).

Tetemann, Trugilho e Sogame(2016) afirmam que o território tem seu conceito utilizado desde a criação do SUS, pois com a descentralização dos serviços de saúde, os municípios passaram a se organizar em territórios, tanto regionais quanto municipais, para constituir as ESF. Para tanto, a saúde se apropriou do conceito de território, oriundo da geografia e, por isso, é necessário entender como ambos utilizam esse conceito, concepções e diferenças.

Eis que um grande desafio nos é disparado, pensar o território como um dos grandes pressupostos da organização dos processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), proporcionado pelo conhecimento deste. Para isto, um esforço de desconstruir o conceito como espaço reduzido é necessário, pois esse espaço vai além da extensão geográfica, negligenciando-se o potencial deste conceito para identificação de problemas de saúde e propostas de intervenção, caracterizado como território em permanente construção.

Para constituição de base organizativa dos processos de trabalho nos sistemas locais de saúde em direção a essa nova prática, é importante o

reconhecimento dos territórios e respectivos contextos de uso, uma vez que estes materializam diferentemente as interações humanas, os problemas de saúde e as ações sustentadas na intersetorialidade (MONKEN; BARCELLOS, 2005).



Foto 1- Oficina 1

Fonte: Elaborado pela autora.

Lógico que o desenho retrata a sua geografia, como um território árido, seco, com nosso mandacaru, xique-xique, pedras, sol quente, tudo que encontramos o meio ambiente, os rios, os lagos e tudo que simboliza o meio ambiente e tudo cercado de muito afeto, que precisamos ter para tratar o humano, tratar uns aos outros e cuidar melhor das pessoas (N1).

No desenho, fica evidente como o grupo nomeia o conhecimento desse território: o caminho do cuidado. Nesta perspectiva, vai ecoando a ideia e as materialidades realizadas ao longo da caminhada e o desenvolvimento da ação de conhecer que passou por muitos movimentos com produção de sentidos (escuta, olhar, afetos).

A apropriação desse território é um passo básico para caracterização da população, além do reconhecimento dos problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Ainda segundo esses autores, o entendimento é impreciso e abordado de acordo com diversos pontos de vista, estando não somente associado a uma porção específica da Terra, identificada pela natureza, pelas marcas que a sociedade

imprime, como também a uma simples localização, referida indiscriminadamente a diferentes escalas, como a global, regional, da cidade, da rua e até de uma casa apenas.

Os autores Paim e Almeida-Filho (2014) destacam que dentro do território de atuação das equipes, os domicílios devem ser entendidos como espaços-âncora, ou seja, onde constroem as relações intra e extrafamiliares, em que se ocorre a luta pela sobrevivência, reprodução e melhoria das condições de vida. A ação sobre esse espaço é um desafio a um olhar técnico, político, social e cultural mais ousado, que abandona a área delimitada pelos muros dos serviços de saúde, enraizando-se na vida social a partir do espaço/domicílio de cada família.

Silva et al. (2015) enfatizam que o cuidado em saúde na contemporaneidade caracteriza-se pela abrangência, complexidade e diversificação de ações, cenários e atores. O cuidado em saúde não pode ser subjugado aos procedimentos, às rotinas e aos protocolos assistenciais, reforça a ideia expressa pelos participantes ilustrada pela imagem e falas que seguem.



Foto 2 - Oficina 2

Fonte: Elaborado pela autora.

Um dos mais complexos, muitas localidades de apoio, 16 antes e seis hoje. Muitos rios/riachos que cortam o acesso. Organização para conseguir que temos hoje, foi necessário conhecer o território para desenvolver ações

planejadas. Rio Banabuiú e Rio Sitiá que cortam o distrito das localidades e impossibilita a equipe chegar, usaram canoas para que a equipe chegue (E3).

A fala desses trabalhadores corroboram com Pessoa *et al.* (2013), pois afirmam que reconhecer o território sob responsabilidade dos trabalhadores de cada setor como estratégia para o planejamento de ações já está suficientemente proposto, o que têm se apresentado como desafios são os métodos utilizados para o processo de desvelamento do território.

É preciso compreender a importância do conhecimento do território, da maneira como é usado, o significado do lugar, com as representações simbólicas e subjetivas, o espaço e as técnicas utilizadas para (re)estruturação, o modo de amar e viver das pessoas.

Essa reflexão é indispensável, particularmente, devido à priorização da Saúde da Família como estratégia estruturante do sistema de saúde, visto que nela a ação central é a atuação das equipes de SF em territórios delimitados e definidos, principalmente por meio de visitas domiciliares. As equipes atuam tanto nos equipamentos – as Unidades Básicas de Saúde da Família - como também fora da unidade, buscando conhecer as famílias, a realidade, os costumes, o modo de vida, as dificuldades, as possibilidades e as potencialidades destas (PAGANI; ANDRADE, 2012).

Os dilemas para produção do cuidado nos processos de trabalho em saúde mobilizam diferentes estratégias para superação de práticas fragmentadas, pontuais e com baixa resolubilidade. A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido apontada como lócus potente para reversão das tradicionais ações limitadas a procedimentos individuais por novas práticas compartilhadas em equipes, a partir da utilização de distintas tecnologias para o cuidado que se consubstanciem em uma clínica ampliada e centrada nas demandas dos usuários (SANTOS et al., 2015).

Visualizamos a necessidade de pensar em uma clínica para além dos muros, capaz, de nas andanças do território, conhecer limites e potencialidades e mais que isso se reinventar pela heterogeneidade de populações imersas em microterritórios para atuação.

Nesta categoria que enfatiza o conhecimento do território, evidenciamos a partir do desenvolvimento das oficinas, bem como na imersão no campo de estudo, a importância da complexidade da compreensão do território e como este interfere nos modos de produzir cuidado ao usuário da ESF. Além disso, remete também à

reflexão e a algumas indagações: quais estratégias os trabalhadores utilizam para compreensão do território que estão inseridos? Esses trabalhadores compreendem o território como vivo e dinâmico? E como esta compreensão afeta o cuidado?



Foto 3 - Oficina 1

Fonte: Elaborado pela autora.

Potência de muitos equipamentos presentes: CRAS, escola, praça, igreja, mas também tem a violência, as drogas,cemitério, calazar, incidência do mosquito Aedes, a Libra(A1).

Tem a diversão, mas tem o espaço usado como prostituição, acessibilidade; delimitação dos espaços, redes de apoio, sensibilidade de um território crítico, organização, conhecimento e mudanças acontecendo e que a equipe precisa acompanhar, buscando resultados (E2).

A fala de E2 trouxe esse extravasar necessário e reforça a ideia de que o conhecimento do território fortalece a gestão do cuidado:

A melhoria do cuidado ao usuário, a ampliação da busca ativa dos faltosos, pois com a diminuição da população, consigo fazer mais coisas, consigo conhecer melhor a realidade local, como percebo quando aquela mãe falta para vacinar o filho, pois consigo conhecer melhor minha área. Além disso, matriciamento é uma potência que foi possibilitada por conta da territorialização, que proporcionou mais tempo para reconhecer mais os problemas do meu território (E2).

Essa fala remete à reflexão de que a produção do cuidado é ressignificada, a partir do conhecimento e da apropriação do território, não apenas como espaço geográfico que as pessoas ocupam, mas pela compreensão ampliada dos modos de viver da população (quais pessoas ocupam esse espaço, quais usuários estão presentes no serviço de saúde, quais contextos estão inseridos e como estes afetam e determinam e condicionam o processo saúde doença), sendo necessário que estes passem a ter papel ativo e fundamental no processo de cuidar.



Foto 4 - Oficina 1

Fonte: Elaborado pela autora.

Enquanto gestão, permitir o acesso a quem votou no 12 e no 15 (G1).

Chegar no mais distante, no mais difícil, arranjar formas e maneiras de estar nas comunidades que, muitas vezes, são esquecidas por barreiras, por distâncias. Não importa como, nem a forma, mas temos que chegar" (G2).

As falas dessas gestoras corroboram com Brasil (2017), pois afirmam que os territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam à necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.

Compreender a dimensão sócio-histórica do território, em que foi construída relação sociedade-natureza, respeitando e ou desrespeitando os limites e

as potencialidades locais, a história de luta, a mobilização e o envolvimento dos agentes locais no enfrentamento e na conquista dos direitos de cidadania, pode propiciar ao setor saúde o entendimento da resistência, dos mecanismos de sobrevivência da comunidade e auxiliar a repensar as práticas de saúde instituídas, com vistas à melhoria da qualidade de vida (PESSOA *et al.*, 2013).

A discussão provocada por essa categoria temática reforça a necessidade de superar a repartição do território em áreas político-administrativas de ação em saúde para compreensão da dinâmica interna dos territórios (como a vida acontece, como os processos sociais do cotidiano se desenvolvem, fortalecendo o território vivo e influenciador do cuidado em saúde). É muito reforçado que o caminho do cuidado precisa de encontros que singularizem ações sem deixar de reconhecer as diferenças. A garantia de acesso e o reforço a equidade ficaram evidenciadas na imagem acima.

5.2 A territorialização como organizadora do cuidado: do direito de ter direitos

Nesta categoria, discutimos o processo de territorialização como fomentador da organização do cuidar na ESF, que segundo Monken e Barcellos (2005), representa importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, posto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de delimitação espacial previamente determinada.

Partimos da compreensão que existe uma organização do SUS, baseandose nesse substrato territorial, ficando definida e demarcada a distribuição dos serviços de saúde, conforme os níveis de complexidade das ações. Assim, evidenciamos que as concepções de território vão ao encontro das diretrizes organizativas do SUS.

Nesse contexto, temos a reflexão e indagação sobre o que desencadeia a prática da territorialização, baseando-se nas relações de poder, partindo de construção democrática, na estratégia estabelecida, orientada para as condições sociais de vida e saúde, bem como a apropriação desse território, expressada pela responsabilização e pelo compartilhamento.

A territorialização desse território teve muita polêmica, pois nós tínhamos que estar implantados dentro do território, mas uma parte da população não entendia que isso seria benéfico pra eles, mas passou, estão se adaptando; alguns não tinham o hábito de procurar seu PSF, pois foi dividido por ruas, por ACS e até hoje ainda tenho receio de alguns pacientes procurarem a UBS correta para dar continuidade ao seu tratamento e o direito de ter direitos,

pois eles querem ter direito de tudo, mas eles não fazem os deveres deles (alto alegre) -Oficina 2 –(E1).

A territorialização é o caminho para fazer o reconhecimento do território vivo, com vistas à organização do processo de trabalho. O que se tem observado é que as práticas de territorialização tem se limitado à adscrição de clientela e à descrição geográfico-epidemiológica da área de responsabilidade sanitária das equipes de saúde da família (SILVA; OLIVEIRA; SAMPAIO, 2011).

Um dos aspectos apontados pelos participantes foi a desresponsabilização dos usuários, mas cabe-nos um questionamento: até que ponto esse movimento de reconhecimento dos territórios, para agir com quem nele ali se encontra, tem envolvido a população que em seu cotidiano, habitando as unidades e os serviços de saúde municipais?

A fala a seguir pode trazer os limites da lógica capitalista de responsabilização do outro e desresponsabilização de si.

Eles querem que fiquemos responsáveis por eles, por tudo que eles têm, se autonegligenciam (D1).

Quem no caso é o outro que precisa entrar em análise. Até que ponto a formação dos trabalhadores ratifica uma lógica de dependência e fortalecem de fato a produção de autonomias? Talvez seja este um dos sentidos potentes do campo do conhecer em ato os territórios.



Foto 5 - Oficina 2

Fonte: Elaborado pela autora.

Nessa construção, os trabalhadores retratam dificuldades encontradas na organização do cuidado, a partir da territorialização, mas expressam, ainda, nas falas, pontos positivos e enaltecedores desse processo:

Tínhamos 12 gestantes menores de 20 anos e hoje temos apenas quatro e, na última reunião de equipe, comentamos isso, que essa melhora deu-se por conta da equipe estar dentro do território, porque antes era apenas um PSF e hoje são três, então, é mais assistência para o território, mais qualidade (E1).

Essa discussão corrobora com Brasil (2018), ao afirmar que é imprescindível que, além da definição do território de responsabilidade de cada equipe por parte da gestão (recomendação do parâmetro populacional de uma equipe para 2.000 a 3.500 pessoas), as equipes conheçam o território de atuação e programem as ações de acordo com o perfil de morbidade e mortalidade, e as necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos para cartografia, como os fatores ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais etc. Ademais, salienta-se a importância de refazer ou atualizar a territorialização sempre que necessário, considerando que o território é vivo e dinâmico.

Faria (2013) destaca que, de modo geral, a estruturação territorial dos serviços do SUS vem sendo feita no Brasil através da chamada "territorialização da saúde", técnica de planejamento, talvez uma tecnologia como denomina Monken (2003), sendo também uma política de Estado utilizada para planejar a localização e os modos de inscrição territorial dos serviços de saúde nas diversas escalas. Destaca-se a territorialização dos serviços de atenção primária à saúde, pois estes, diferentes dos serviços ligados às especialidades, devem operar sobre uma base territorial muito bem definida.

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família a estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo, reconhece os princípios e as diretrizes, a caracterização e a relação de serviços ofertados na Atenção Básica serão orientadores para organização nos municípios, destacando a territorialização como diretriz da Atenção Básica (BRASIL, 2017).



Foto 6 - Oficina 2

Fonte: Elaborado pela autora.

A territorialização possibilitou maior acesso das pessoas ao atendimento, possibilitou mais qualidade, maior conhecimento dos profissionais junto ao território. A demanda aumentou, mas ficou mais assistida (G1).

Nessa construção, as representantes da gestão levantaram discussão mais ampla e complexa, enfatizando acesso, qualidade e assistência, ao afirmarem o que a territorialização possibilitou, conforme a percepção destas, democracia, união, integração, as quais legitimam o processo de constituição de um sistema único de saúde que opera com visão ampliada, incluindo determinantes e condicionantes para existência ou materialidade.

Aqui territorialização toma marcas de contextualização. É necessário tecer fios em meio a diversidade de setores, portanto, territórios que possam contribuir com a ampliação dos processos, reconhecer como essa caminhada pode avançar e os aspectos que dão visibilidades para estagnação. Os dados cruzados e as falas podem enriquecer a territorialização. Como diz o poeta Ray Lima "de sonhação o SUS é feito, com crença e luta o SUS se faz".

Essa discussão reafirma o posto por Monken e Barcellos (2005), uma vez que a territorialização consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, considerando-se atuação em delimitação espacial previamente determinada. No entanto, essa estratégia, muitas vezes, reduz o conceito de espaço, utilizada de forma meramente administrativa, para gestão física dos serviços de saúde, negligenciando-se o potencial deste conceito para identificação de problemas de saúde e propostas de intervenção.

Corroborando com a fala das representantes da gestão, observamos as tabelas abaixo, referentes ao indicador da Sífilis, agravo de notificação compulsória e que, a partir do início desta gestão, em 2017, apresentou alterações ao longo de três anos, com relação ao número de casos, a partir de estratégias adotadas e, principalmente, fortalecidas com a territorialização, acompanhamento longitudinal e integral durante as consultas.

Tabela 2 - Casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico. Brasil, 2005-2019

Sífilis em Gestantes	Total	2005 - 2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Casos	19	0	0	0	0	0	1	0	2	5	4	6	1
Taxa de													
detecção	-	-	0	0	0	0	4	0	7,4	17,2	15,3	22,9 -	-

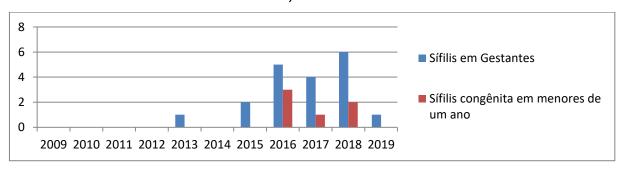
Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS.

Tabela 3 - Casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade e taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2019

Sífilis congênita em menores de um ano	Total	1998 - 2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Casos	6	0	-	-	-	-	-	-	-	3	1	2	-
Taxa de detecção	_	_	_	_	_	_	_	_	_	10,3	3,8	7,6	_

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS.

Gráfico 1- Casos confirmados de sífilis em gestantes x sífilis congênita, em Banabuiú, de 2009 a 2019



Fonte: Ministério da Saúde, 2019.

O Gráfico 1 mostra que, em 2017, início dessa gestão, com cinco equipes implantadas e desenvolvendo as atividades, havia quatro casos de sífilis em gestante e um caso de sífilis congênita. Neste contexto, o processo de trabalho das equipes estavam em processo de levantamento de informações para o correto diagnóstico situacional, porém, faz-se necessário afirmar que as testagens rápidas (TR) eram centralizadas em uma única UBS, e que passou a descentralização para todas as UBS, ofertando em todas a TR no 1º e no 3º trimestre de gestação.

Em 2018, com o credenciamento do MS e a ampliação das equipes da ESF, observamos aumento do número de casos, com seis casos de sífilis em gestantes e dois casos de sífilis congênita, fato que fez a gestão municipal adotar e discutir outras estratégias com as nove equipes implantadas, reorganizando os processos de trabalho e possibilitando maior qualidade na assistência PN. Assim, em 2019, constatamos êxito das ações instituídas, com a redução do número de casos, sendo apenas um caso de sífilis em gestante e nenhum caso de sífilis congênita.

Além disso, as discussões levantadas por estes gestores corroboram com Tetemann, Trugilho e Sogame (2016), pois afirmam que os territórios estão sempre mudando, se construindo, desconstruindo e reconstruindo; isso é a territorialização. Assim, a noção de territorialização carrega entendimento de território como algo em constante movimento histórico e social.



Foto 7 - Oficina 2

Fonte: Elaborado pela autora.

A área ainda ficou extensa com a territorialização, porém fiquei com microárea descoberta, onde a maioria desses problemas existe e com a presença da ACS, acredito que melhorar reformular o ponto de apoio da jurema nova, dando melhores condições de atendimento lá, para que a equipe possa estar mais vezes lá, pelo fato do território estar mais vulnerável lá. Que lá seja um posto de saúde que possa ser atendimento semanal lá (E2).

Nessa construção, citamos os pontos de apoio, que se caracterizam por espaços, dentro dos territórios adscritos, que possuem comunidades que residem, mas que são distantes da UBS sede e que para facilitar o acesso às ações e aos serviços de saúde, as equipes fazem atendimento descentralizados, uma, duas ou mais vezes no mês, mediante a quantidade de pessoas residentes e necessidades de saúde. Também apontados aspectos que precisam ser assumidos pela gestão e atenção do município, implantação de mais equipes. Talvez uma das indicações, mas também o reconhecimento que mudanças na gestão podem produzir outros modos de reconhecer os territórios. Diferentes atores podem e devem operar a mudança do modelo.

Algumas comunidades possuem vulnerabilidades que necessitam de acompanhamento mais próximo da equipe e que isso está sendo possível, embora seja desafiador:

A população da sede do distrito precisa compreender que eu preciso me ausentar para as localidades, os atendimentos volantes, mesmo eu estando 3x na semana na sede do distrito (E2).

Embasados nos conhecimentos que foram abordados na prática profissional, percebemos que o território é dinâmico e que algumas situações que fogem completamente da forma de se pensar esse território, demandam discussão, no sentido de reconhecer que não há cercas que delimitam a área geográfica de um território. Assim, a territorialidade no SUS deve pressupor flexibilidade em relação à delimitação de áreas, de modo que favoreça o acesso de todos e cada um aos serviços de saúde de que necessitam (TETEMANN;TRUGILHO; SOGAME, 2016).

Além disso, foi citado pelos trabalhadores participantes o fortalecimento do matriciamento na APS:

O matriciamento é uma potência que foi possibilitada por conta da territorialização, que proporcionou mais tempo pra reconhecer mais os problemas do meu território (E2).



Foto 8 - Oficina 2

Fonte: Elaborado pela autora.

Somos uma área grande, mas não com um número muito grande de famílias; a distância entre as localidades, uma barreira geográfica entre estas; temos em torno de trezentas e poucas famílias cadastradas e uma microárea descoberta que, atualmente, foi coberta, 100% da área coberta. A distância entre as localidades, com muitas fazendas, fica difícil de trabalhar, difícil de chegar até essas famílias e dessas famílias chegar até a UBS; atendimentos nas localidades para melhorar (E4).

Tetemann, Trugilho e Sogame(2016) trazem reflexão ao afirmar que as demandas e as necessidades de saúde não respeitam limites e fronteiras. Afirmam ainda que outro problema referente à questão da territorialização em saúde, e que emerge como um nó crítico na efetivação da Estratégia Saúde da Família, diz respeito às áreas de fronteira geopolítica entre os municípios. Essas áreas, geralmente localidades rurais, distantes da sede do município, acabam se constituindo "território de ninguém" e revelando fragilidades, no que tange à universalidade de acesso aos serviços de saúde no SUS, corroborando com a fala de E4:

Fazemos extrema com Solonopole, Jaguaretama e Quixeramobim e essas pessoas buscam atendimento conosco. Temos uma localidade que pertence a Solonopole, mas que as casas são de pessoas de Banabuiú que não sei como aconteceu isso geograficamente falando, essas pessoas têm nos seus endereços Solonopole, mas ficam no meio do nosso território e querem ser atendidas por nós (E4).

BANABUIÚ BANABUIÚ Município de Banabuiú

Figura 3- Recorte barreira geográfica, açude arrojado Lisboa X distrito Rinaré

Fonte: IPECE, 2009.

A imagem retrata importante barreira geográfica presente no município e que separou por muitos anos dois grandes territórios: o Açude Banabuiú, que dividia o Distrito de Rinaré (Equipe credenciada pelo MS), da comunidade de Ferrolandia (uma das equipes credenciadas em 2018). Essas duas comunidades são distantes, aproximadamente 10km, e para a equipe da ESF sair do Rinaré, local da UBS sede e chegar até Ferrolândia e adjacências, era necessário ir de barco. Hoje, com o volume do açude bem abaixo da capacidade, as águas que lavaram essas terras sentem o calor do sol e a aridez do solo. Na fala da E5, constatamos a importância da territorialização como facilitador de acesso aos usuários pertencentes a estes territórios:

Existia uma barreira geográfica por conta do açude, dificultando o acesso, mas a territorialização proporcionou essa solução (E5).

As delimitações geográficas do território, por vezes, racionalizam o atendimento aos usuários (TETEMANN; TRUGILHO; SOGAME, 2016).

É importante compreender como as falas reforçam que a territorialização não são estáticas, mas se nutrem de um cotidiano de transformações de âmbito interdisciplinar e intersetorial, na reconfiguração administrativa que somente pode ser pautada e realizada com a participação social que se objetiva desde a leitura de dados concretos, como mapeamento das residências de quem é atendido em um lugar ou noutro, mas também pelo debate tecnopolítico e científico das bases necessárias para revisá-la, atualizá-la. Trabalhadores, gestores e usuários do sistema precisam caminhar juntos com os acúmulos devidos de cada um neste e em tantos outros lugares. Os fixos e fluxos se atravessam e talvez seja importante trilha para gestão e atenção qualificada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões e análises apreendidas e apresentadas ao longo desta investigação reforçam que estamos longe de conclusões fechadas, mas nutre o cotidiano de transformações que a territorialização proporciona no município em questão. As falas resgataram as inquietações e vão ao encontro da nossa perspectiva, enquanto pesquisadora. A pesquisa possibilitou a categorização dos dados em duas categorias temáticas, porém, por motivo de tempo, as falas possibilitariam pelo menos mais uma categoria temática.

O estudo em questão retratou a importância da Atenção Primária à Saúde, uma vez que o material bibliográfico levantado não apresentou roteiro ou etapas a serem seguidas para realização da territorialização. Como citado anteriormente, há a escassez de estudos nacionais e internacionais sobre a temática envolvida. Além disso, associamos, pelos dados levantados, que ter como objeto de estudo a territorialização remete não apenas à divisão político-administrativa dos espaços ocupados pelas pessoas, mas principalmente por vínculos e histórias de vidas construídas e enraizadas nos territórios que ocupam.

As concepções de território discutidas nas oficinas retrataram o modo potente que a produção de cuidado na ESF tem sido fortalecida, mediante o fluxo e a criação de vínculos construídos nos territórios pelos trabalhadores, proporcionando a materialização de cuidado singular, integral, em consonância com os princípios do SUS. Associado a isso, a gestão sentiu-se implicada em todo o estudo, tendo em vista a necessidade de reavaliar processos de trabalho instituídos e que periodicamente mudam. A pesquisa possibilitou, deste modo, essa articulação entre os diferentes sujeitos que estavam imbricados nesta produção, possibilitando reconfiguração do modelo assistencial instituído.

Os sujeitos pesquisados denotaram como os processos sociais do cotidiano se desenvolvem, fortalecendo o território vivo e influenciador do cuidado em saúde. Revelaram, ainda, experiências singulares vividas, na ESF, reforçaram o caminho do cuidado, necessitando de encontros que singularizam e potencializem ações sem deixar de reconhecer as diferenças.

Cabe, ainda, evidenciar, que muitas foram as inquietações que nos debruçamos, ao decidir realizar este estudo. Estas tiveram origens nas experimentações vividas no cotidiano da ESF, inicialmente como trabalhadora e,

posteriormente, como gestora, instigando a buscar, incansavelmente, respostas que pudessem atender às demandas dos territórios e ao movimento da territorialização.

Portanto, acreditamos na complexidade da compreensão do território e como este interfere nos modos de produzir cuidado ao usuário da ESF e que as estratégias adotadas pelos trabalhadores são válidas e pertinentes, compreendendo- o como território vivo e dinâmico, mas que há necessidade de citar que a territorialização vivenciada possibilitou olhar ampliado, considerando não apenas o número de pessoas adscrito a cada área, mas os determinantes sociais de saúde, bem como as vulnerabilidades, barreiras geográficas, fortalecendo o acesso, a qualidade da gestão do cuidado oferecido ao usuário da ESF.

.

REFERÊNCIAS

AMORIM, V. L. Itinerário terapêutico de familiares de crianças internadas por pneumonia na atenção terciária. 2016. 68f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

ARAÚJO, G, B. *et al.* Territorialização em Saúde como Instrumento de formação para estudantes de Medicina: Relato de experiência. **SANARE**, v.16 n.1, p.124-129, 2017.

BARROS, R. B. Institucionalismo e dispositivo grupal. *In*: RODRIGUES, H.B.C.; ALTOE, S. (orgs.). **Saúde Loucura Análise Institucional**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 65-78.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, n. 183, 22 set. 2017. Seção 1, p. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1**: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, n. 220, 13 nov. 2019a. Seção 1, p. 97.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Indicadores e sífilis e aids**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: http://indicadoressifilis.aids.gov.br/. Acesso em: 1 mar. 2020.

BRASIL. Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão. **Relatório Anual de Gestão (RAG).** Brasília, DF: SARGSUS, 2019c. Disponível em: http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus. Acesso em: 1 mar. 2020.

- BRASIL. Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão. **Programação Anual de Saúde**. Brasília, DF: SARGSUS, 2019d. Disponível em: http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus. Acesso em: 1 mar. 2020.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc Saúde Coletiva,** v.10, n.4, p.975-986, 2005.
- DARON, V. B. A Educação Popular em Saúde como referencial para as nossas práticas na saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Il Caderno de educação popular em saúde.**Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. p.123-146.
- FARIA, R. M. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Hygeia**, v.9, n.16, p.131-147, 2013.
- FARIA, R. M. A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde: perspectiva de adequação aos perfis do território urbano de Porto Alegre-MG. 2012. 320f. Tese (Doutorado em Geociências) Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Geociências, Campinas, 2012.
- FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil. **R. RA´E GA,** n. 17, p. 31-41, 2009.
- GONDIM, G. M. M, et al. O território da Saúde: a organização do sistema de saúde. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/ territorialização arquivos/File/textos_curso_vigilancia/20.pdf. Acesso em: 16 nov. 2018.
- HAESBAERT, R. **Dos múltiplos Territórios à Multiterritorialidade**. 2004. Disponível em: http://www.ufrgs.br/petgea/Artigo/rh.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2018.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA. **População no último censo.** 2019. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/banabuiu/panorama. Acesso em: 15 jul. 2018.
- LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, v.20, n.4, p.867-874, 2011.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de Metodologia Científica.** São Paulo: Atlas, 2017.
- MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad Saúde Pública,** v.21, n.3, p.898-906, 2005.

- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2014.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA, N. **Saúde Coletiva:** Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.
- PESSOA, V. M. et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. Ciênc Saúde Coletiva, v.18, n.8, p.2253-2262, 2013.
- PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev Saúde Pública**, v.29, n.4, p.318-335, 1995.
- PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis**, v.27, n.2, p.255-276, 2017.
- QUEIROZ, T. A. N. Espaço geográfico, território usado e lugar: ensaio sobre o pensamento de Milton Santos. **Para Onde?**, v.9, n.1, p.154-161, 2014.
- ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.23, n.4, p.64-73, 2003.
- SANTOS, A.M. *et al.* Desafios à gestão do trabalho e educação permanente em saúde para a produção do cuidado na estratégia saúde da família. **Rev APS**., v.18, n.1, p.39-49, 2015.
- 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**, v.8, n.3, p.387-406, 2010.
- SILVA, M. R. F. Linhas de cristalização e de fuga nas trilhas da Estratégia Saúde da Família: uma cartografia da micropolítica. 2012. 199f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2012.
- SILVA, M. R. F.; SILVEIRA, L. C; PONTES, R J. S. O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família. **Rev Min Enferm.**,v.19, n.1, p.249-254, 2015.
- SILVA, D. R.; OLIVEIRA, L. C.; SAMPAIO, J. L. F. O processo de Territorialização da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/Comunidade, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Revista Geográfica de América Centra**l, n. esp., p. 1-17, 2011.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.
- TETEMANN, E. C.; TRUGILHO, S.V.; SOGAME, L.C.M. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes. **Textos & Contextos**, v.15, n.2, p.356-369, 2016.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONVIDADO (A) Você está sendo participar "A para da pesquisa TERRITORIALIZAÇÃO: UM OLHAR A PARTIR DA ANÁLISE INSTITUCIONAL", desenvolvida pela aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará (UECE), RiannaNargilla Silva Nobre, sob a orientação da Professora, Doutora Maria Rocineide Ferreira da Silva. Esta pesquisa como objetivo principal: Analisar a articulação entre a dimensão normatizada/instituída e os movimentos inovadores/instituintes nos modos de operar da Instituição Territorialização.

A sua participação no estudo é voluntária e, portanto você não será remunerado. Assim, você não é obrigado a participar e poderá desistir da sua participação em qualquer momento. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição em que você trabalha ou recebe cuidados de saúde. Sua participação nesse estudo não trará ônus financeiro e nem prejuízo no cotidiano do seu trabalho.

Caso você concorde em participar da pesquisa, você deverá participar de oficinas sobre o tema da pesquisa em questão. Garantimos sua privacidade, anonimato e o sigilo de todas as informações obtidas.

A pesquisa poderá apresentar riscos mínimos relacionados ao constrangimento dos participantes em externar seus pensamentos e sentimentos em grupo. Tais riscos serão reduzidos com a promoção de uma atmosfera amigável e descontraída durante a realização das oficinas; com o reforço das orientações afirmando não haver uma resposta certa ou errada; e com a garantia de confidencialidade das respostas quando houver exposição de suas opiniões. Tudo foi planejado para minimizar os riscos de sua participação, porém se houver algum desconforto ou incômodo, você terá a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem prejuízos na relação com os pesquisadores ou com a instituição de saúde. Quanto aos benefícios, a pesquisa contribuirá para compreender as concepções de território assumidas por gestores, trabalhadores e usuários, entendendo os processos microssociais e/ou micropolíticos que ocorrem no interior das organizações de saúde, a partir da análise institucional, o que tem o potencial de contribuir com a reorganização do sistema local de saúde e com organização de processo de trabalho das equipes de saúde do município. As suas respostas não serão divulgadas de forma

a possibilitar a identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

Todas as dúvidas sobre o desenvolvimento dessa pesquisa poderão ser prontamente esclarecidas pela pesquisadora RiannaNargilla Silva Nobre, por meio de contato telefônico (85) 99997-6396e/ou por email: riannanobre@hotmail.com, ou no Mestrado Profissional em Saúde da Família, que se localiza no Bloco Mundo Verde, na Universidade Estadual do Ceará, Av. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, na cidade de Fortaleza-CE e pelo contato telefônico Fone/Fax: (85) 3372-413,email:cmpsf@uece.br. Esclarecimentos sobre a dimensão ética da pesquisa poderão ser obtidas também no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, de segunda à sexta-feira, no horário de 8h às 12h e de 14h às 17h, no endereço: Av. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, na cidade de Fortaleza-CE e pelo contato telefônico (85) 3101 9890 ou pelo emailcep@uece.br. Este termo é preenchido em duas (02) vias, sendo que você receberá uma cópia.

Banabuiú,	, de	, de 2019
	Nome do sujeito da pesquisa	
	Assinatura do sujeito da pesquisa	
	Assinatura da pesquisadora	

APÊNDICE B - CARTA CONVITE



Convite

A Mestranda em Saúde da Família, **RiannaNargilla Silva Nobre**, vinculada à Rede Nordeste em Saúde da Família (RENASF)- Nucleadora -Universidade Estadual do Ceará, tem a honra de convidá- lo (a) para participar da pesquisa A TERRITORIALIZAÇÃO: UM OLHAR A PARTIR DA ANÁLISE INSTITUCIONAL, desenvolvida sob a orientação da Prof^a. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva, através de uma oficina que acontecerá dia 25/09/19, às 13:30h, no Auditório Antonio Sales. A sua participação na pesquisa é voluntária e de extrema importância

59

APÊNDICE C - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Prezado(a) Dr. JOSÉ ARIMATEIA DA SILVA

Vice-Prefeito do Município de Banabuiú-CE

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada "A TERRITORIALIZAÇÃO: UM OLHAR A PARTIR DA ANÁLISE INSTITUCIONAL", que tem por objetivo analisar a articulação entre a dimensão normatizada/instituída e os movimentos inovadores/instituintes nos modos de operar da Instituição Territorialização. Esse estudo é essencial para compreender as concepções de território assumidas por gestores, trabalhadores e usuários, entendendo os processos microssociais e/ou micropolíticos que ocorrem no interior das organizações de saúde, a partir da análise institucional.

Os participantes serão convidados por contato direto da pesquisadora. A coleta de dados ocorrerá por meio a realização de oficinas. Somente participarão dos encontros, os indivíduos que tenham assinado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados da pesquisa será no período de julho a setembro de 2019.

Os dados coletados serão publicados de maneira a não identificar os participantes e somente se iniciará a coleta após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho deste município, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Fortaleza, 14 de fevereiro de 2019.

Rianna Nargilla Silva Nobre Mestranda em Saúde da Família

60

APÊNDICE D - TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, JOSÉ ARIMATEIA DA SILVA, vice-prefeito do município de Banabuiú-CE, autorizo a realização da pesquisa "A TERRITORIALIZAÇÃO: UM OLHAR A PARTIR DA ANÁLISE INSTITUCIONAL", que tem por objetivo Analisar a articulação entre a dimensão normatizada/instituída e os movimentos inovadores/instituintes nos modos de operar da Instituição Territorialização. Será realizada por RiannaNargilla Silva Nobre, com início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UECE.

Autorizo a pesquisadora a utilizar o espaço da Secretaria Municipal de Saúde para a realização da observação, oficinas e análise de papel. Afirmo que não haverá qualquer implicação negativa aos gestores, usuários e trabalhadores de saúde, que não queiram ou desistam de participar do estudo.

Banabuiú, 14 de fevereiro de 2019.

JOSÉ DE ARIMATEA DA SILVA VICE-PREFEITO DE BANABUIÚ-CE

APÊNDICE E - AUTORIZAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, JOSÉ DE ARIMATEA DA SILVA, VICE-PREFEITO, fiel depositário dos prontuários e da base de dados da instituição SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE situada em RUA IRMÃ TAVARES S/N, CENTRO, BANABUIÚ-CE, declaro que a pesquisadora RIANNA NARGILLA SILVA NOBRE está autorizada a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: ATERRITORIALIZAÇÃO: UM OLHAR A PARTIR DA ANÁLISE INSTITUCIONAL, cujo objetivo geral é analisar a articulação entre a dimensão normatizada/instituída e os movimentos inovadores/instituintes nos modos de operar da Instituição Territorialização. Adicionalmente, esse projeto consiste em realizar observação, utilizar diário de pesquisa e construir oficinas, além de analisar os documentos importantes para a gestão nos quesitos relatório anual de gestão, plano municipal de saúde, programação anual de saúde, durantes os meses de janeiro a abril de 2019.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 3) Retorno dos benefícios obtidos por meio deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Estadual do Ceará, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Fortale	za, de	de
	(CARIMBO E ASSINATURA D	O RESPONSÁVEL)

APÊNDICE F- REGISTROS DAS OFICINAS

















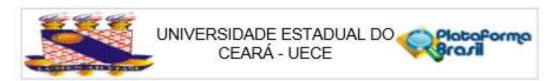








ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A TERRITORIALIZAÇÃO: UM OLHAR A PARTIR DA ANÁLISE INSTITUCIONAL

Pesquisador: RIANNA NARGILLA SILVA NOBRE

Área Temática: Versão: 2

CAAE: 12459819.0.0000.5534

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Ceará

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.471.589

Apresentação do Projeto:

O presente projeto tem como proposta central analisar a articulação entre a dimensão normatizada/instituída e os movimentos inovadores/instituintes nos modos de operar da Instituição Territorialização. É um estudo com abordagem qualitativa, do tipo exploratória, através de uma Pesquisa-Intervenção. Para a realização desta pesquisa, a autora utilizará como referencial teórico-metodológico, a Análise Institucional de René Lourau. O estudo será desenvolvido em um município de pequeno porte, Banabuiú- CE. A coleta dos dados se dará por meio de observação, diário de pesquisa, análise de papel e oficinas.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisadora descreve os seguintes objetivos no corpo do projeto:

Objetivo geral:

Analisar a articulação entre a dimensão normatizada/instituída e os movimentos inovadores/instituintes nos modos de operar da Instituição Territorialização.

Objetivos específicos:

Mapear as concepções de território assumidas por gestores, trabalhadores e usuários;

Conhecer como as concepções de território materializam-se nos movimentos de territorialização, para os gestores, trabalhadores e usuários;

Compreender os processos microssociais e/ou micropolíticos que

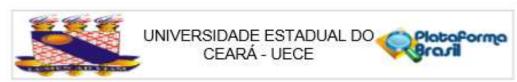
ocorrem no interior das organizações de saúde a partir da análise institucional,

Enderego: Av. Bilas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903

UF: CE Municipio: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br



Avaliação dos Riscos e Beneficios:

A pesquisadora descreve os seguintes riscos e benefícios no corpo do projeto:

Os riscos da pesquisa estão relacionados ao constrangimento dos participantes ao responderem ou participarem das oficinas. Algum constrangimento poderá ocorrer decorrente da exposição de opiniões. Benefícios: a pesquisa contribuirá para compreender as concepções de território assumidas por gestores, trabalhadores e usuários, entendendo os processos microssociais e/ou micropolíticos que ocorrem no interior das organizações de saúde, a partir da análise institucional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante, pois seus resultados poderão contribuir com os processos de saúde na política do SUS. Considero que o desenho do estudo e a metodologia estão são coerentes com a proposta da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos estão conforme a Resolução 466/2012.

Recomendações:

Enviar relatório final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 1309606.pdf	11/06/2019 10:11:17		Aceito
Outros	Rianna_Anuencia_novo.pdf	11/06/2019 10:10:32	RIANNA NARGILLA SILVA NOBRE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Rianna_TCLENOVO.pdf	11/06/2019 10:08:17	RIANNA NARGILLA SILVA NOBRE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DISSERTACAO.docx	15/03/2019 21:03:28	RIANNA NARGILLA SILVA NOBRE	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.doc	10/03/2019 12:00:25	RIANNA NARGILLA SILVA NOBRE	Aceito

Enderego: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi CEP: 60,714-903 UF: CE

Municipia: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mall: cep@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 3.471.589

Cronograma	CRONOGRAMA.docx		RIANNA NARGILLA SILVA NOBRE	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	FOR JOSEPH P.	RIANNA NARGILLA SILVA NOBRE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 26 de Julho de 2019

Assinado por: ISAAC NETO GOES DA SILVA (Coordenador(a))

Enderego: Av. Silas Munguba, 1700 Balirro: Itaperi CEP: 60.714-903

UF: CE Municipia: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br