

Processo de territorialização da residência multiprofissional na cidade de Quixadá/CE: relato de experiência

Process of territorialization of multiprofessional residence in the city of Quixadá/CE: Experience report

Thainá Cardoso Costa¹, Thiago Brasileiro de Vasconcelos^{2*}

¹ Fisioterapeuta. Residência Integrada em Saúde. Escola de Saúde Pública do Ceará.;² Fisioterapeuta. Mestre em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará.

Resumo

Introdução: a territorialização é uma ferramenta útil no serviço da atenção básica à saúde, pois viabiliza a elaboração de um diagnóstico situacional, podendo ser utilizada como um instrumento de organização do processo de trabalho e das práticas de saúde, criando possibilidades de estratégias de intervenção. **Objetivo:** relatar o processo de territorialização na residência multiprofissional no município de Quixadá. **Metodologia:** realizou-se um relato observacional, descritivo, transversal, por meio de visita presencial à área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS)-Combate no município de Quixadá e de análise de dados do sistema de informação da atenção básica, dengue online e Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Resultados:** a UBS- Combate destacou-se por ter uma demanda sanitária e social expressiva, pela situação de vulnerabilidade social e precárias condições de infraestrutura que evidencia a falta de investimento do poder público. **Conclusão:** durante a territorialização foi possível conhecer de perto a realidade do território, fortalecer o vínculo profissional- usuário, levantar as necessidades da comunidade, e planejar de forma participativa ações estratégicas que atendessem às principais demandas, como: grupos que incentivassem e contribuíssem para a produção do lazer; capacitação para todos os funcionários da unidade de saúde, seguindo a recomendação da Política Nacional de Humanização; e práticas de incentivo à prevenção e à promoção da saúde no que se refere ao grande número dos casos suspeitos de dengue.

Palavras-chave: Saúde da Família. Indicadores Básicos de Saúde. Promoção da Saúde.

Abstract

Introduction: territorialization is a useful tool in the service of health primary care because it enables the development of a situational diagnosis and can also be used as an organizing tool of the work process and health practices, creating opportunities for intervention strategies. **Objective:** to report the territorial process in the multiprofessional residence in the city of Quixadá. **Methodology:** was performed an observational, descriptive, transversal through presential visit to the area covered by the family health strategy and data analysis of primary care information system, online dengue and information system for notifiable diseases – SINAN in the basic health unit (BHU)-Combat in city of Quixadá. **Results:** BHU - Combat stood out for having a significant health and social demand for the situation of social vulnerability and poor infrastructure conditions which shows the lack of government investment.

Conclusion: during the territorialization it was possible to know closely the reality of the territory, strengthen professional user bond, raise the community's needs, and plan a participatory manner strategic actions that met the main demands, such as: groups that have encouraged and contributed to the production of leisure, training as recommended by national humanization policy for all unit employees and practices encouraging prevention and health promotion in relation to the large number of suspected cases of dengue.

Keywords: Family Health. Health Status Indicators. Health Promotion.

INTRODUÇÃO

Território pressupõe a ideia de espaço e delimitação geográfica predeterminada, mas no contexto das ações de Atenção Básica à Saúde, esse território necessita ser visto de forma ampla, contemplando a dinâmica de vida da população, com suas dificuldades, suas potencialidades e seus referenciais culturais. Podemos compreender esse território na condição de cotidiano vivido no qual se dá a interação entre as pessoas e os serviços de saúde; constitui-se por uma população com suas particularida-

des, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral. Esse espaço apresenta, portanto, além de uma delimitação física, um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção¹.

Nesse sentido, a territorialização representa um importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, posto que as ações de saúde sejam implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada². Além disso, também permite a avaliação dos verdadeiros impactos dos serviços sobre os níveis de saú-

Correspondente/Corresponding: *Thiago Brasileiro de Vasconcelos – Rua: Aveleda, nº: 501. Apto. 201 Torre 2. Bairro: Messejana. Fortaleza/ Ceará. – CEP: 60871-210. – Tel: (85) 98608-9675 – E-mail: thiagobvasconcelos@hotmail.com

de dessa população, possibilitando e abrindo espaços para o desenvolvimento de práticas de saúde voltadas para a real necessidade de qualidade de vida da população.

Durante a experiência na Residência Integrada com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, criou-se a oportunidade de vivenciar o processo de territorialização e percebeu-se um déficit de organização no processo de trabalho, principalmente, por não se conhecer toda a riqueza e complexidade que envolve o território em que se trabalha. Sendo assim, o presente artigo teve como objetivo relatar o processo de territorialização na residência multiprofissional no município de Quixadá, visto que é inviável a prestação dos serviços de saúde sem se conhecer a fundo as peculiaridades de cada território, favorecendo a criação do vínculo profissional-comunidade-território, tornando-se, inclusive, possível o empoderamento profissional-ambiente³.

METODOLOGIA

Para atingir o objetivo, optou-se pela abordagem qualitativa, por este ser o método que se aplica ao estudo das representações, assim como da história, das relações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os homens fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam⁴.

A presente abordagem trata-se de um relato de experiência com a finalidade de registrar e divulgar o processo de territorialização realizado na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, Bairro Combate, em Quixadá, Ceará. Para a realização do relato foram utilizadas cinco estratégias que interagem, resultando em dados que retratam a realidade do território. As estratégias utilizadas foram: **oficinas de territorialização, caminhadas observacionais, visitas institucionais, entrevistas e coleta de dados através dos sistemas de informações em saúde.**

O processo de territorialização compreendeu as áreas adscritas pela Unidade Básica de Saúde (UBS) Combate, que atende aos bairros Carrascal I, Carrascal II, Planalto Universitário, Lagoa e Combate, e as comunidades da zona rural Cedro Novo, Cedro Velho e Loteamento São João dos Pompeus. Foram realizadas entrevistas com moradores da área de abrangência que foram transcritas, lidas e relidas; posteriormente foram analisadas pelo método proposto por Bardin⁵, como forma de obter a descrição do conteúdo das mensagens por intermédio de procedimentos sistemáticos, para inferir conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens, obedecendo às fases preconizadas por este mesmo autor como pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados; interferências e interpretações.

A análise de conteúdo é compreendida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação, cuja necessidade é a interpretação e o entendimento do que se diz e de como se diz. A partir das respostas dos entrevistados e na tentativa de encontrar as possibilidades para descrever, compreender e contextualizar as falas dos entrevistados, as expressões com conteúdo relevante,

ou seja, as ideias centrais que contrastam nos discursos colhidos nas entrevistas foram separadas em categorias⁵.

Ressalta-se que foi obtida anuência institucional para a publicação do presente relato da experiência.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A territorialização ocorreu de maio a junho de 2013. Optou-se por visitas ao território divididas por microáreas, atendidas individualmente por um Agente Comunitário de Saúde (ACS), que conduziu o grupo de trabalho (8 Residentes em saúde da família e comunidade – 1 Assistente Social, 1 Cirurgiã-dentista, 2 Enfermeiras, 2 Fisioterapeutas, 1 Nutricionista e 1 Psicóloga) ao longo de todo o processo. Procurou-se fazer agendamento prévio com o ACS, para que não fosse atrapalhada a rotina do trabalhador. O mesmo procedimento foi realizado com todos os membros de cada equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) do local; também foram apresentados esclarecimentos sobre a pesquisa e justificativas sobre a necessidade do apoio desses profissionais, ficando pactuada a entrega do trabalho final na UBS.

Durante as visitas, foram realizadas oficinas no território, baseando-se na estratégia de roda de conversa com a utilização de dinâmica de grupo e com a participação dos moradores, sobretudo aqueles que manifestaram o desejo de participar, independente do estado civil, religião, raça, status socioeconômico ou grau de escolaridade. Para a mobilização dos moradores, foi imprescindível o trabalho dos ACS, uma vez que, sendo conhecedores de suas áreas de atuação, esses se constituíram em elementos fundamentais de ligação entre a comunidade e a equipe, levando os problemas levantados para serem discutidos.

O trabalho do ACS é muito relevante, pois além de esses agentes promoverem uma verdadeira integração entre os profissionais de saúde e a comunidade, ainda proporcionam melhoria na qualidade de vida das famílias, representando a presença e a voz da comunidade^{6,7}. Reconhecendo a importância dos ACS, os profissionais Residentes estabeleceram um vínculo para identificar as necessidades dos usuários de acordo com cada situação e experiência já adquirida.

Foram realizadas cinco oficinas em locais estratégicos da comunidade/território e de fácil acesso. Para facilitar a dinâmica de grupo, os participantes foram orientados a comentar a respeito dos problemas e potencialidades da comunidade, pois partindo-se do princípio de que os principais atores são os cidadãos que compõem o território, ninguém melhor do que eles para relatar a realidade do processo de saúde-doença, ressaltando para os envolvidos o conceito ampliado de saúde, conforme estabelecido na VIII Conferência Nacional de Saúde⁸:

(...) a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de orga-

nização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

A tarefa de territorializar, quando aplicada à atenção básica, assume alguns sentidos diferentes desde o reconhecimento do meio ambiente, da população e dinâmica social até o estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência⁹.

Foi nesse contexto que as visitas institucionais iniciaram-se ainda na semana de imersão dos residentes no município, onde foram visitadas instituições-chaves para o funcionamento do serviço de saúde no município de Quixadá. As instituições visitadas foram: Hospital Municipal Dr. Eudásio Barroso, Hospital Maternidade Jesus Maria e José, Central de Marcação e Regulação de Exames e Consultas, Secretaria Municipal de Saúde e Clínica de Especialidades Médicas. Posteriormente, durante o processo de territorialização, ocorreram as demais visitas às instituições presentes no território de atuação - Combate, que são elas: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral e CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD), Associação de Pais e Amigos de Pessoas Especiais de Quixadá (APAPEQ), Centro de Reabilitação Fisioterápica (CREFI), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e Secretaria de Desenvolvimento Social (SDS).

Conhecer e reconhecer o funcionamento dessas instituições foi fundamental para se estabelecerem relações horizontais entre os pontos assistenciais e a Atenção Primária à Saúde (APS), centralizando nas necessidades em saúde da população¹⁰.

Assim, o processo de territorializar deve buscar ir além do mapeamento inicial e da delimitação dos territórios; é necessário chegar o mais próximo possível do cotidiano da vida da comunidade. Nesse sentido, foram realizadas entrevistas por meio de um roteiro semiestruturado, contendo perguntas norteadoras sobre condições de vida e situação de saúde no território, caracterizando o perfil socioeconômico da população, recursos sanitários e de moradia, meio ambiente, condições de saúde e sociais, problemas e potencialidades do bairro.

A seleção dos entrevistados foi feita de forma estratégica, levando-se em consideração os moradores mais antigos (servem como um parâmetro da história do próprio bairro, como também dos avanços da saúde e mudanças no perfil epidemiológico de sua comunidade), as lideranças comunitárias formais e informais (são formadoras de opinião, auxílio na propagação da educação popular em saúde) e ainda pessoas que se enquadram em grupos de vulnerabilidades (acamados, deficientes, extrema pobreza, etc.); sejam do âmbito social, político e/ou da saúde (são de suma importância nesse processo de territorialização por retratarem a realidade em que estão inseridos, de uma forma fidedigna, já que vivenciam as dificuldades diariamente).

Viu-se a necessidade de serem entrevistados os grupos supracitados, partindo-se do princípio de que são pessoas que têm muito a contribuir para a sociedade como um todo e para os profissionais da saúde.

Observar a comunidade é essencial para planejar as ações que irão se desenvolver no território, sendo este um processo formativo que visa à observação e reflexão sobre alguns aspectos como as segmentações sociais por áreas urbanas, os espaços de marginalização, as fronteiras invisíveis e as desigualdades sociais. A partir das caminhadas no território, com a observação da dinâmica da comunidade e das conversas com ACS durante as visitas no território e com outras pessoas da comunidade, foram feitas anotações no formato de diário de campo baseadas na observação livre, expressando pensamentos e impressões significativas por meio da percepção individual de cada pesquisador.

Para obtenção dos dados relativos aos principais problemas de saúde do território, foram utilizados os dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), em 2013, e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); devido à grande quantidade de informações disponíveis nesses sistemas, foi necessária uma seleção criteriosa dos dados mais relevantes a serem expostos, optando-se pelos dados de dengue, hanseníase e tuberculose.

- *Oficinas de Territorialização*

As oficinas de territorialização configuram-se como um momento de participação popular e interação com os profissionais de saúde, para fortalecer a construção dos vínculos com a comunidade. Estudos recentes apontam sobre a importância da participação popular, colocando o indivíduo como protagonista do seu próprio viver e da produção do seu cuidado.

As oficinas foram constituídas a partir da abordagem dialógica Freireana, círculo de cultura, que permite um aprendizado rápido e contextualizado na realidade dos educandos, existindo uma inter-relação que proporciona liberdade e crítica acerca do assunto abordado nas oficinas, sendo assim um grupo para diálogo, debate e trabalho¹¹. Ressalta-se que as oficinas duraram em média de 30 a 40 minutos, com um público médio de 5 pessoas.

A comunicação constitui um processo social primário, faz parte do que vem se convencendo chamar de conhecimento comum. As pessoas se comunicam e se entendem com as demais em termos que parecem dispensar explicação, comprovam-se diariamente nos mais diversos campos da vida social. Ninguém precisa estudar ou fazer faculdade para comunicar-se com seus semelhantes¹².

Figura 1 – Processo de territorialização na cidade de Quixadá/CE.



A: Diálogo com a população local, B: Entrevistas nas residências e C: Caminhadas observacionais.

Para facilitar o momento, o grupo foi orientado a comentar a respeito dos problemas e das potencialidades da comunidade, visto que esses dois extremos eram o ponto

de partida para o início das oficinas (Tabela 1). Na Tabela 1 está destacado em *itálico* as ideias centrais encontradas nas oficinas de territorialização.

Tabela 1 – Oficinas de territorialização.

	Problemas	Potencialidades
Carrascal 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Déficit da assistência à saúde 2. <i>Falta de saneamento básico</i> 3. <i>Falta de segurança</i> 4. <i>Falta de lazer</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grupos de idosos 2. Costura e artesanato 3. <i>Religiosidade</i>
Carrascal 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Falta de saneamento básico</i> 2. Falta de projetos para juventude 3. Reabertura do posto de saúde do Carrascal 2 4. <i>Falta de lazer</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Escolinha de futebol da agremiação do guarani 2. <i>Religiosidade</i> 3. <i>Associação comunitária</i> 4. Grupo de dança 5. Líderes comunitários 6. Vila olímpica
Lagoa	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Falta de saneamento básico</i> 2. Drogas 3. <i>Déficit da assistência à saúde</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Religiosidade</i> 2. Médico da área 3. União dos moradores
Cedro, São João dos Pompeus e Repartidor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Moradia em casa de taipa 2. Falta de pavimentação 3. <i>Falta de medicações</i> 4. <i>Falta de lazer</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Associação comunitária</i> 2. Turismo (açude do Cedro) 3. Artesanato 4. Polo do Instituto Federal do Ceará e da Universidade Federal do Ceará 5. Agricultura familiar
Combate	<ol style="list-style-type: none"> 1. Local inadequado para treinamento policial 2. <i>Falta de material (medicamentos e transporte para visita domiciliar)</i> 3. Falta de uma creche 	<ol style="list-style-type: none"> 1. União dos moradores 2. Raizeiras 3. Associação de costureiras 4. Tranquilidade do bairro
Planalto Universitário	<ol style="list-style-type: none"> 1. Violência no trânsito 2. <i>Falta de segurança pública</i> 3. <i>Déficit da assistência à saúde</i> 4. Falta de lazer 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Polo da Universidade Estadual do Ceará 2. Ginásio Poliesportivo 3. CREFI 4. HMEB 5. HMJMJ 6. CAPS Geral e AD

Verificou-se, após as oficinas de territorialização, que os bairros Carrascal I e 2, Cedro, São João dos Pompeus, Repartidor e Planalto Universitário não dispõem de espaços que propiciem o lazer e convivência social, principalmente para o público infante-juvenil, sendo disponível para diversão e interação desse público os bares e outros estabelecimentos, que favorecem o consumo de álcool e outras drogas, conforme os relatos da comunidade expressos nas oficinas. Situações socioeconômicas desfavoráveis associam-se à violência e a condições inadequadas de moradia, em que a ausência ou escassez de escolaridade, o desemprego e outras condições associadas à pobreza contribuem para aumentar o risco de que alguns jovens cometam crimes ou deles participem indiretamente; além disso, o comércio das drogas tem aumentado, e nele a violência é a forma usualmente adotada para resolver discrepâncias e expandir a participação no mercado^{13,14}.

As áreas dos bairros Carrascal 1 e 2 e Lagoa apresentaram como problemas condições sanitárias precárias. Esses bairros não possuem saneamento básico, ficando os esgotos a céu aberto, e ainda têm dificuldade de acesso, sendo estas as principais queixas dos moradores.

Moradores do bairro Cedro, São João dos Pompeus e Repartidor, relataram como fraqueza a questão das casas destas áreas ainda serem feitas de taipa e não revestidas de alvenaria, favorecendo a proliferação do inseto transmissor da doença de Chagas.

No tocante às potencialidades dos bairros supracitados, destaca-se a presença dos seguintes espaços sociais de associações - Associação comunitária dos moradores do bairro Cedro, São João dos Pompeus e Repartidor; Associação comunitária do bairro Carrascal 2 e Associação das costureiras do bairro Combate.

Os moradores dos bairros combate, carrascal 1 e 2 e Lagoa destacaram como potencialidades dos seus referidos bairros a religiosidade, pois Quixadá destaca-se por ser um município em que o catolicismo tem grande participação no cotidiano de vida das pessoas.

Destaca-se que ao final do estudo foi entregue para as autoridades responsáveis pelo município o relatório de todo o processo de territorialização.

- **Entrevistas**

A partir da análise dos dados, foram identificadas as congruências e construídas as categorias desde alguns setores de determinantes sociais, que são: 1. *Serviços de Saúde*, 2. *Educação*, 3. *Transporte*, 4. *Segurança Pública*, 5. *Lazer e Cultura* e 6. *Saneamento Básico*. As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde, visto que estes influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

1. Serviços de Saúde

No que se refere aos serviços de saúde, os entrevistados demonstraram algum grau de insatisfação, conforme pode ser evidenciado nas falas a seguir:

“Eu queria ser tratada como gente, como uma pessoa humana. A saúde de Quixadá pelo que vejo, não tem mais jeito”.

Morador 1

“A gente sai pior do que entrou. Nunca resolvem nosso problema”.

Moradora 2

“Era necessário à abertura de mais postos aqui em Quixadá. Os que tem aqui é muito lotado, não dá nem para ser atendido”.

Morador 3

“Dar mais atenção para gente. Nunca tratam a gente bem”.

Morador 4

A humanização do atendimento é uma necessidade “*gritante*”- urgente nos serviços de saúde. A falta de comprometimento, respeito e atenção estão entre as principais causas de insatisfação do usuário. Deve ser instaurada uma política de acolhimento do usuário, seguindo-se as recomendações da Política Nacional de Humanização do SUS¹⁵, que inclua toda a equipe do serviço, desde o guarda ou vigia da Unidade até o médico. Apesar de acesso e acolhimento serem elementos de assistência interdependentes, é importante estabelecer suas diferenças para melhor analisar como vêm sendo acolhidos os usuários nos serviços investigados. O acolhimento não se limita apenas a uma recepção cordial, mas extrapola esse conceito, incluindo a escuta ativa do usuário. Aspectos como vínculo, resolutividade e desempenho profissional estão relacionados com o acolhimento. Também o atendimento humanizado ao paciente proporciona segurança a este e fortifica a relação profissional-paciente, contribuindo inclusive na melhora da saúde do paciente¹⁵.

2. Educação

Em relação à Educação, os entrevistados mostraram-se satisfeitos com os serviços oferecidos:

“Antigamente nossos filhos pra ser doutor, eles precisavam ir para outra cidade, agora tem faculdade aqui no bairro”.

Morador 1

“Eu gosto das escolas aqui”.

Morador 5

“Tenho orgulho do meu filho estudar aqui”.
Moradora 6

É notória a satisfação e o orgulho da população em ter em seu território faculdades públicas de grande porte, enfatizando Quixadá como uma cidade universitária. Essa conjuntura influencia inclusive na autoestima dos moradores, transformando em realidade o sonho de cursar uma faculdade sem precisar sair de sua terra natal e muitas vezes sem precisar sair nem ao menos do bairro em que mora, considerando essa característica como uma grande potencialidade do território.

3. Transporte

A respeito do setor Transporte, obteve-se uma grande insatisfação com os serviços disponíveis no município; isso se explica pela prestação desse serviço ainda ser precária, já que a principal forma de transporte são veículos do tipo pau-de-arara que também são utilizados como transporte escolar.

“Eu fico muito preocupada quando eu mando meu filho nesses pau-de-arara”.
Morador 3

“Meus filhos não podem ir pra escola, porque o carro não passa aqui”.
Moradora 6

“Aqui não tem opção a gente só tem o moto táxi, se não tiver dinheiro vai a pé”.
Moradora 2

4. Segurança Pública

O Ministério da Saúde¹⁶ declara que:

A violência, pelo número de vítimas e a magnitude de sequelas emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países.

Essa realidade não é diferente no município de Quixadá, onde os índices de violência estão em ascensão. Os dados obtidos nas entrevistas demonstram essa realidade:

“A nossa Igreja mantém-se fechada pela violência dos jovens”.
Morador 4

“Segurança é uma das principais queixas”.
Morador 7

“Tenho medo até de ficar na calçada”.
Morador 5

Apesar dos fatos destacados sobre a violência, percebe-se que, por se tratar de um município em que a

religiosidade tem forte participação no dia a dia das famílias, as falas a seguir relatam que ainda se tem esperança para a mudança dessa realidade.

“Aqui tem violência sim, mas eu acredito na cura dos jovens só com uma orientação espiritual”.
Morador 8

“Todo santo dia eu rezo pela minha cidade”.
Moradora 5

“Isso aqui vai mudar. Eu tenho fé em Deus”.
Moradora 9

5. Lazer e Cultura

Abordagens avaliativas em torno de um conjunto amplo de experiências de promoção da saúde têm mostrado a importância crescente das iniciativas educacionais, de cultura e lazer, quando a meta são mudanças locais, efetivas e sustentáveis. A literatura atual sobre avaliação em promoção da saúde enfatiza que a efetividade dos programas e das iniciativas de melhoria da saúde e da qualidade de vida implica em um profundo envolvimento dos atores e da população beneficiária. Esse envolvimento será mais efetivo na medida em que considera o processo de (re)construção de identidades culturais, fortalecimento da cidadania ativa e das redes sociais locais^{17,18}.

Como relatam os autores citados acima, percebe-se a importância do envolvimento do indivíduo nos aspectos relacionados à cultura e ao lazer, já que os mesmos podem influenciar no processo de saúde/doença. Essa realidade, conforme os dados coletados nas entrevistas, está distante da realidade do município de Quixadá, visto que os moradores entrevistados relataram insatisfação com relação aos espaços sociais de incentivo à cultura e lazer, conforme as falas a seguir:

“Lazer isso nunca existiu aqui”.
Morador 10

“A única coisa que vejo aqui é a praça e ela está toda quebrada”.
Moradora 11

“Não existe uma praça inteira para levar meu filho”.
Moradora 12

“Não tem uma diversão, minha diversão é dentro de casa”.
Morador 13

6. Saneamento Básico

No Brasil, o conceito de saúde é entendido como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não se restringe ao problema sanitário ou à prevalência de doenças. Hoje, além das ações de prevenção e assistên-

cia, considera-se cada vez mais importante atuar sobre os fatores determinantes da saúde. É este o propósito da promoção da saúde, que constitui o elemento principal das propostas da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Pode-se perceber nas entrevistas que a maioria dos problemas sanitários que afetam a população de Quixadá, principalmente das crianças, está intrinsecamente relacionada com o meio ambiente. Um exemplo disso é a diarreia que tem uma incidência muita alta nas crianças com menos de um ano de idade. Entre as causas dessa doença destacam-se as condições inadequadas de saneamento.

“A situação de saneamento é muito precária aqui”.

Morador 14

“Minha filha vive ruim da barriga, eu acho que é esse esgoto que passa em frente daqui de casa”.

Moradora 15

“Aqui as crianças ficam muito doentes”.

Morador 10

Mais de um bilhão de habitantes não têm acesso à habitação segura e a serviços básicos, embora todo ser humano tenha direito a uma vida saudável e produtiva, em harmonia com a natureza. No Brasil, as doenças resultantes da falta ou de um inadequado sistema de saneamento, especialmente em áreas pobres, têm agravado o quadro epidemiológico¹⁹.

- *Caminhadas Observacionais*

Ao percorrer o território, a equipe deparou-se com as diferentes realidades sociais, econômicas e históricas que permeiam o modo de vida das pessoas e afetam diretamente o processo de saúde-doença.

A princípio, quando se conheceu as diversidades do território, visualizou-se como um obstáculo, outrora, com a vivência da territorialização; percebeu-se que essas diferenças são justamente o que torna o território rico, com todas as suas peculiaridades, potencialidades e vulnerabilidades.

É notória a complexidade do território, já que em um mesmo espaço geográfico nos deparamos com áreas rurais de difícil acesso e outras regiões com melhor acessibilidade; populações urbanas em situações de extrema pobreza e excluídas das políticas públicas convivendo ao lado de outras bem desenvolvidas; mansões vizinhas a pequenos casebres de taipa, enfim, foi perceptível a disparidade do território desencadeada pelas desigualdades sociais e os processos de exclusão presentes na realidade da sociedade atual, e que refletem na qualidade de vida e saúde da população.

- *Coleta de dados através dos sistemas de informações em saúde*

Visando a ampliação do conhecimento dos profissionais de saúde acerca dos condicionantes e agravos que refletem à situação de saúde do território, buscou-se a apropriação dos principais indicadores de saúde da UBS-Combate no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) onde se coletou informações sobre a situação da vigilância epidemiológica e no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) municipal.

A vigilância epidemiológica é responsável por desenvolver um conjunto de ações que proporcionem o conhecimento, a detecção e/ou prevenção de mudanças nos fatores condicionantes e determinantes de saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar a adoção de medidas de prevenção e controle das doenças e agravos. Desse modo, as informações coletadas foram essenciais no planejamento de ações de saúde e, conseqüentemente, dos indicadores de saúde do território.

Entre janeiro e março de 2013 no município de Quixadá foram notificados 303 casos de dengue e 109 casos na área de abrangência da ESF do Combate²⁰.

No sistema Dengue online, constatou-se que até o mês de março de 2013 foram notificados no Bairro Combate 109 (35,97%) casos; dessa maneira, pode-se perceber que a unidade de saúde do Combate tem um número expressivo de notificações de casos suspeitos de dengue no município de Quixadá, e apesar disso não é a área que possui o maior índice de infestação do *Aedes aegypti*, conforme dados do Centro de Zoonoses, o que pode significar uma subnotificação nas demais áreas.

Ao se analisar os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do município, foi verificado que na área de abrangência da ESF do Combate, no ano de 2013, até o mês de abril, não foi notificado nenhum caso de hanseníase, tuberculose ou outra doença ou agravo de notificação compulsória.

De acordo com os dados do SIAB municipal, na ESF do Combate há 1201 famílias cadastradas com o total de 4341 pessoas, sendo 483 (11,13%) de 7 a 14 anos e 3817 (87,93%) maior de 15 anos. De janeiro a abril de 2013, na Unidade Básica de Saúde foram realizadas 3806 consultas com prevalência na faixa etária de 20 a 39 anos, 16 atividades de educação em saúde e 3771 visitas domiciliares (incluindo as realizadas pelo ACS).

Ao confrontar esses dados com a realidade do território, percebe-se que há uma disparidade, pois, na verdade, há famílias que não foram cadastradas; existem 59% de áreas descobertas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), tendo uma população estimada em 3500 famílias. Esses dados ressaltam a importância do trabalho do ACS, já que é o principal elo entre a comunidade e a equipe de saúde.

Entre as limitações do presente artigo, destacam-se a dificuldade no acesso a algumas áreas devido à falta de transporte e por se tratar de uma extensa área geográfica já que contempla áreas urbanas e rurais.

A partir desse relato, pode-se perceber as relações produção-trabalho, saúde-ambiente que são discutidas

em sua relevância para a compreensão da dinâmica viva do processo saúde-doença no território. Esse processo tornou-se o ponto de partida para a organização dos serviços e das práticas dos Residentes e profissionais de saúde, atuando no campo da saúde pública.

Por meio deste relato, foi possível elaborar ações estratégicas que minimizaram e proporcionaram melhores condições de vida, principalmente no tocante às áreas de maior vulnerabilidade. Foram realizadas ações de promoção e prevenção da saúde no que se refere ao grande número de notificações de casos suspeitos de dengue; foram criados grupos que incentivaram e contribuíram para a produção do lazer, já que este apresentou-se como uma das maiores queixas da comunidade. Outros pontos que despertaram a atenção dos Residentes durante o processo de territorialização foi a falta de um treinamento e capacitação para melhor atender ao usuário; pensando nisso, foi criado um curso seguindo a recomendação da Política Nacional de Humanização para todos os funcionários da unidade de saúde.

O campo da Promoção da Saúde, voltado para iniciativas comunitárias e programas de saúde, reconhece que melhorias nas condições de saúde e na qualidade de vida pressupõem uma visão integradora das políticas sociais, onde o diálogo interdisciplinar, as ações intersetoriais e a participação das comunidades envolvidas adquirem centralidade.

Nessa perspectiva, políticas e programas de promoção da saúde mais inovadores preocupam-se com os determinantes econômicos, sociais, culturais, ambientais e políticos vocalizados pelas próprias comunidades dentro de contextos de pobreza e exclusão social. Cabe aos profissionais de saúde, reconhecerem esses determinantes para se alcançar todos esses objetivos e perceber toda essa complexidade que envolve o território.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A grandeza dessa experiência está no despertar da consciência de cada um de nós para enxergarmos a diversidade do território como um potencial para o processo de transformação social e elaboração de estratégias para melhorar o cuidado em saúde. Sendo assim, a territorialização não só contemplou todos os objetivos, como também superou as expectativas, sendo possível discutir os principais problemas evidenciados.

Durante esse processo de imersão comunitária, foi possível conhecermos de perto a realidade do território, com suas diversidades, vulnerabilidades e potencialidades, percebendo esse território como espaço vivo onde se constituem relações sociais, sendo necessário romper os muros da UBS para compreender a situação de vida da população. Essa experiência também contribuiu para fortalecer o vínculo profissional - usuário, levantar as necessidades da comunidade e planejar de forma participativa ações estratégicas para atender a essas demandas e potencializar a comunidade no enfrentamento dos problemas, fomentando a participação social e a capacidade

de articulação intersetorial.

A territorialização possibilitou a construção de um olhar crítico e reflexivo sobre as diversas dimensões do território e a mudança na postura do Residente enquanto profissional da saúde para ocupar um espaço de articulação comunitária e participação social no território. Evidenciou-se que a territorialização é um processo permanente, processual e que sempre haverá o que conhecer nas dinâmicas territoriais.

Ressalta-se que este estudo foi pioneiro e possibilitou a criação de novos tipos de abordagem e atuação da equipe que compõe a Residência Integrada em Saúde com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade, assim como, estabeleceu vínculo com os profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família e com a população assistida.

REFERÊNCIAS

1. SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e Territorialização: Incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010.
2. MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.
3. SOUZA, M. J. L. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, I. E. et al. (Orgs). **Geografia: Conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.
4. MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4 ed. São Paulo (SP): Hucitec-Abrasco, 1996.
5. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
6. LARA, M. O.; BRITO, M. J. M.; REZENDE, L. C. Aspectos culturais das práticas dos Agentes Comunitários de Saúde em áreas rurais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 673-680, 2012.
7. SAKATA, K. N.; MISHIMA, S. M. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 665-72, 2012.
8. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Brasília. **Relatório final**. Brasília, 1986.
9. PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. C. O território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia**, Minas Gerais, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
11. FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 23. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.
12. RÜDIGER, F. **Introdução à teoria da comunicação**. São Paulo: EDICON, 1998.
13. GIATTI, L. L. Reflexões sobre água de abastecimento e saúde pública: um estudo de caso na Amazônia brasileira. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 134-144, 2007.
14. RAZZOLLINI, M. T. P.; GÜNTHER, W. M. R. Impactos na saúde das deficiências de acesso a água. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 21-32 2008.

15. BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
17. PAWSON, R. Nothing as Practical as a Good Theory. **Evaluation**, London, v. 9, n. 4, p. 471-490, 2003.
18. SULLIVAN, H.; BARNES, M.; MATKA, E. Building collaborative capacity through “theories of change”. Early lessons from the evaluation of Health Action Zones in England. **Evaluation**, London, v. 8, n. 2, p. 205-226, 2002.
19. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de saneamento**. 3. ed. rev. Brasília: FUNASA, 2006.
20. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde. **Vigilância epidemiológica**. Disponível em: <http://sinan.saude.gov.br/>. Acesso em: 25 jun. 2013.

Submetido em: 21/09/2015

Aceito em:10/02/2016