

INSERÇÃO DA CATEGORIA TERRITÓRIO E DO PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO NAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DE PERNAMBUCO

INSERTION OF THE TERRITORY CATEGORY AND THE TERRITORIALIZATION PROCESS IN MULTIPROFESSIONAL RESIDENCES IN FAMILY HEALTH IN THE STATE OF PERNAMBUCO

Felipe Silva Viana

Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz, Recife, PE, Brasil
felipe_viana_10@hotmail.com

Katia Rejane de Medeiros

Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz, Recife, PE, Brasil
katmedeiros1969@gmail.com

Anselmo César Vasconcelos Bezerra

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco, Recife, PE, Brasil
anselmo_cesar@yahoo.com

RESUMO

O objetivo da pesquisa foi analisar qual a percepção dos residentes sobre a inserção e desenvolvimento das categorias território e territorialização nas Residências Multiprofissional em Saúde da Família no Estado de Pernambuco. O desenho metodológico proposto consistiu em estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa e quantitativa, com aplicação de questionário composto por questões abertas e fechadas a trinta e um residentes de três programas de residência do Estado. Constatou-se que mesmo apresentando uma concepção de território ampla, dinâmica e multidimensional, os residentes relataram dificuldades em utilizar os conceitos na prática profissional e apontaram a necessidade de mudanças nas metodologias de ensino, além do aumento da carga horária reservada para debate e compreensão das categorias território e territorialização. Evidenciou-se a necessidade de repensar o modo como as categorias estão inseridas nos programas, uma vez que a compreensão sobre território e territorialização permite a formação de profissionais mais críticos, propositivos e tecnicamente competentes para compreender e atuar de acordo com as necessidades de saúde da população.

Palavras-chave: Território. Territorialização. Estratégia Saúde da Família. Residência multiprofissional.

ABSTRACT

The objective of the research was to analyze the residents' perception about the insertion and development of the territory and territorialization categories in the Multiprofessional Residencies in Family Health in the State of Pernambuco. The proposed study design consisted of a descriptive and exploratory study with a qualitative and quantitative approach, with the application of a questionnaire composed of open and closed questions to thirty-one residents of three residency programs in the State. It was found that even with a broad, dynamic, and multidimensional concept of territory, residents reported difficulties in using the concepts in professional practice and pointed out the need for changes in teaching methodologies, in addition to increasing the workload reserved for debate and understanding of the territory and territorialization categories. The need to rethink the way in which the categories are inserted in the programs was evidenced, since the understanding of territory and territorialization allows the formation of more critical, purposeful, and technically competent professionals to understand and act according to the health needs of the community population.

Keywords: Territory. Territorialization. Family Health Strategy. Multi-professional Residencies.

Recebido em: 30/01/2022

Aceito para publicação em: 27/06/2022.

INTRODUÇÃO

Pode-se afirmar que a relação entre as políticas públicas de saúde e o conceito de território foi introduzida a partir do processo de reorientação do modelo assistencial proposto a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (CAPPELLARI; COUTO; HILLESHEIM, 2015). Destaca-se que esse novo modelo assistencial de saúde propõe a organização da oferta como forma de suprir a demanda espontânea do modelo biomédico. Para isso, a execução das ações e serviços devem partir da identificação dos problemas e necessidades da população em territórios delimitados, premissa inerente à proposta da Atenção Básica (AB) que é considerada porta de entrada e organizadora do sistema (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998; ESMERALDO, 2017).

Dessa forma, o território surge como um espaço singularizado, com limites territoriais – seja político-administrativo ou determinado por grupos de atores sociais – onde se constroem os poderes de atuação do Estado, das agências e de seus cidadãos, e que resulta da acumulação de situações históricas, ambientais e sociais (GONDIM et al, 2008). Essas características enfatizam a “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, p.2). Por isso, o reconhecimento desse território é a base para caracterizar a população e seus problemas de saúde, bem como para avaliar o impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população.

Na Geografia, a categoria território sempre esteve presente nos debates, a partir de discussões no campo da geografia política, econômica e social. Diversos autores contribuíram para uma melhor compreensão desta categoria (RAFFESTIN, 1993; SOUZA, 2001; HAESBAERT, 2007; SAQUET, 2007). Entretanto, apenas mais recentemente, o uso desta categoria passou a ser debatida na área da saúde coletiva, especialmente após o estabelecimento do SUS e a implementação de políticas de base territorial nos anos de 1990 (MENDES,1993). Assim, houve um crescimento expressivo de estudos no campo da Geografia da Saúde sobre essas políticas (OLIVEIRA, 2005; PEREIRA; BARCELLOS, 2006; MONKEN; BARCELLOS, 2007; MONKEN, 2008; BEZERRA, 2008; FARIA, 2018).

Numa perspectiva complementar sobre a categoria território, o Geógrafo Milton Santos apresenta o conceito de território utilizado, no esforço de destacar que o território só possui relevância se analisado a partir do seu uso pelos atores sociais (SANTOS; SILVEIRA, 2001). Esta discussão também foi incorporada, em certa medida, pelo setor saúde, através das ações de planejamento e organização dos serviços, inclusive quando analisamos a operacionalização dos princípios básicos da SUS, como universalidade, equidade, integralidade. Neste sentido, a geografia da saúde contribui com aportes teóricos metodológicos nos campos da Vigilância em Saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005); Atenção Primária (PEREIRA; BARCELLOS,2006) e Redes de Saúde (CATAIA, 2013).

Como desdobramentos dessas discussões a territorialização em saúde configura-se como um processo de habitar e vivenciar um território; uma técnica e um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações; um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômicos, sociais, culturais, políticos etc.), viabilizando o “território como uma categoria de análise social” (SOUZA, 2004, GONDIM; MONKEN, 2018),

Nesse sentido, os conceitos de território e o processo de territorialização são essenciais para a atuação de um profissional de saúde na AB, especialmente para àqueles que fazem parte da Estratégia Saúde da Família (ESF), por isso, é importante que esse conhecimento seja garantido nos espaços de formação em saúde para que possam ser aplicados na prática do serviço.

A despeito da importância dessa categoria para os profissionais inseridos na AB, Souza e Andrade (2014) apontam que ainda é pequena a aproximação das graduações em saúde com a temática do território. A discussão do território e da territorialização comumente não compõe a matriz curricular das graduações em saúde, com exceção das que tiveram seus componentes curriculares reformulados recentemente (BEZERRA, 2015; SANTANA, 2013).

Considerando essa lacuna dos cursos de graduação em saúde e de sua consequência na prática, as residências ligadas à Atenção Básica, tornam-se espaços oportunos e importantes para a qualificação destes profissionais no que refere a temática do território e da territorialização em saúde, como é o caso das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF), idealizadas a partir

da expansão da ESF e que têm como objetivo promover a articulação dos conhecimentos adquiridos durante a formação inicial com a complexa inter-relação dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), favorecendo a construção de uma nova realidade de saúde na população mediante a inserção dos residentes na rotina de trabalho das unidades de saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Partindo do pressuposto que é escassa a produção sobre a inserção e desenvolvimento dos conceitos de território e do processo de territorialização em residências multiprofissionais em saúde, o presente artigo objetiva analisar a percepção de residentes quanto à abordagem e a importância das categorias território e territorialização em três Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do estado de Pernambuco.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa e quantitativa, realizado a partir da aplicação de questionário eletrônico composto por questões abertas e fechadas.

O estudo, fruto de dissertação de mestrado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães (IAM/FIOCRUZ), contou com a participação de trinta e um residentes e foi realizado com três programas de residência do estado: a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (RMSF/UFPE) do município de Recife, a Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família da cidade de Jaboatão dos Guararapes (RMBSF/JABOATÃO) e a Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Associação Caruaruense de Ensino Superior (RMBSF/ASCES) do município de Caruaru.

O questionário foi composto por dezesseis questões de múltipla escolha divididas em três blocos: perfil do participante; conhecimentos sobre a categoria território e sobre o processo de territorialização; e opinião de como são abordadas pelo programa ao qual fazem parte. Também foram introduzidas três questões abertas, sendo duas obrigatórias sobre os conceitos de território e territorialização e uma opcional sobre o que mudariam no programa em relação a abordagem dos conceitos trabalhados.

Os residentes foram convidados a participar da pesquisa ao receberem o *link* do questionário através de e-mail e do aplicativo *WhatsApp*. Para o contato via *WhatsApp*, foi necessário a ajuda de “atores-chaves”, geralmente representantes de turma indicados pela coordenação dos programas, ou pessoas com quem o pesquisador principal tinha mais contato. Esses sujeitos ajudaram com o envio do *link* para os demais residentes.

Os resultados das questões de múltipla escolha do questionário foram descritos a partir de variáveis categóricas (gênero, graduação, programa vinculado, entre outros) e os dados coletados foram organizados em tabelas que detalham as frequências absolutas e relativas. Por outro lado, as respostas das questões abertas foram analisadas pela ótica da análise de conteúdo (BARDIN, 2004; FRANCO, 2005).

O tratamento dos dados qualitativos foi dividido em três fases: (i) pré-análise – fase organizacional do material na tentativa de sistematizar as ideias iniciais – que consiste na leitura flutuante dos materiais, contato exaustivo com o material e seu conteúdo; (ii) exploração do material, no qual se realiza a codificação do material e os dados são agregados e enumerados de acordo com unidades de registro; e (iii) tratamento dos dados, na qual os resultados são categorizados e realizam-se inferências a partir dos agrupamentos, isto é, interpretações sobre o conteúdo que se pretende analisar.

Considerando as diferentes fases da análise de conteúdo proposta por Bardin (2004), destacam-se as dimensões da codificação e categorização que possibilitam e facilitam as interpretações e as inferências. A análise categorial consiste no desmembramento e posterior agrupamento das unidades de registro do texto. Assim, a repetição de palavras e/ou termos foi a estratégia adotada no processo de codificação para serem criadas as unidades de registro e, posteriormente, categorias de análise iniciais, assim como proposto pela autora.

Considerando os aspectos éticos, os nomes dos participantes foram substituídos por códigos, com intuito de manter o anonimato dos residentes. Os nomes dos programas também foram codificados e as letras atribuídas a cada programa na discussão dos resultados (A, B e C) foram definidas aleatoriamente.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IAM/FIOCRUZ, sob o CAAE 19552219.8.0000.5190, número do parecer 3.921.030, atendendo às normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS). Ressalta-se ainda que a pesquisa teve o financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES), através da concessão de bolsa, e que os pesquisadores declaram não haver conflitos de interesses.

Devido ao contexto da Pandemia de Covid-19, alguns fatores foram limitantes para o trabalho. Por exemplo, a aplicação dos questionários, que foi realizado de forma remota, teve uma adesão de 30% do universo dos residentes dos Programas estudados, fato que poderia ser melhorado se houvesse a possibilidade de encontros presenciais com os residentes.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos trinta e um residentes que responderam ao questionário 18 (58,1%) foram da RSF-B, 7 (22,6%) da RSF-C e 6 (19,4%) da RSF-A. Entre os participantes, 25 foram do gênero feminino (80,6%) e 7 do gênero masculino (19,4%), sendo 17 participantes (54,8%) oriundos de instituições públicas.

Os programas possuem profissionais com formações diversas do campo da saúde, que podem incluir: biomedicina, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, odontologia, psicologia, saúde coletiva, serviço social e terapia ocupacional. Praticamente todas as categorias profissionais tiveram no mínimo um representante entre os participantes – apenas biomedicina não teve nenhum residente. Os residentes de enfermagem, com 7 respostas (22,6%), foram os que mais responderam o questionário.

Sobre o contato que os residentes tiveram com as categorias durante a graduação (Tabela 1), 12 participantes (38,7%) consideraram o contato adequado, 4 participantes (12,9%) consideraram o contato pontual, mas sem nenhuma conexão com a Atenção Básica, 10 participantes (32,3%) disseram que o contato foi insuficiente e 5 participantes (16,1%) não tiveram nenhum contato com as categorias durante a graduação.

Todos os residentes declararam que em algum momento de sua prática profissional tiveram a necessidade de utilizar as categorias, sendo que 21 participantes (67,7%) relataram dificuldade em incorporar as categorias na prática: 1 (3,2%) por falta de conhecimento teórico; 13 (41,9%) por falta de conhecimento prático; e 7 (22,6%) por falta de ambos. Apenas 8 participantes (25,8%) disseram que não tiveram dificuldades ao incorporar as categorias na prática profissional.

Essa problemática existe, pois, a maior parte dos cursos de graduação em saúde não dispõem de conteúdos e/ou profissionais do campo da geografia para desenvolver essas competências com os estudantes. Geralmente, apenas os cursos de enfermagem e saúde coletiva vivenciam alguma prática no território. Por isso, que para a maior parte dos profissionais que chega às residências multiprofissionais, o contato com essa discussão é inédito. Isso revela, a importância da inserção de temas e metodologias trabalhados pela geografia da saúde na formação básica dos profissionais.

Com relação ao estudo sobre território e territorialização dentro dos programas de residência, 8 participantes (25,8%) consideram muito importante que as categorias sejam abordadas pelos programas e 23 (74,2%) consideram extremamente importante, conforme podemos identificar na tabela 1.

Tabela 1 – Contato dos residentes com as categorias território e territorialização

Contato com as categorias		Residentes N = 31	
		N	%
Contato com as categorias durante a graduação	Não tive contato com as categorias	5	16,1
	Insuficiente	10	32,3
	Pontual e sem conexão com a AB	4	12,9
	Adequado	12	38,7

Importância em estudar as categorias na residência	Nem um pouco importante	-	-
	Pouco importante	-	-
	Mais ou menos importante	-	-
	Muito importante	8	25,8
	Extremamente importante	23	74,2
Necessidade de utilizar as categorias na prática profissional	Sim, tive a necessidade de utilizar	31	100
	Não, nunca tive necessidade	-	-
Dificuldade na incorporação das categorias na prática profissional	Sim, devido à falta de conhecimento teórico	1	3,2
	Sim, devido à falta de conhecimento prático	13	41,9
	Sim, devido à falta de conhecimento teórico e prático	7	22,6
	Não tive dificuldades	8	25,8
	Nunca precisei utilizar as categorias	2	6,5

Fonte: elaborado pelos autores

Os dados acima ratificam o que Souza e Andrade (2014) e Bezerra (2015) afirmam sobre a importância de ações de saúde com foco na territorialização demonstrando claramente a necessidade e a urgência de incorporação e/ou ampliação das discussões sobre a temática do território na formação em Saúde. Entretanto, os autores destacam que os programas e ementas dos cursos de graduação em saúde demonstram pouca atenção com a territorialização na saúde e com os aspectos ambientais que devem ser levados em consideração no estudo do território na área de Saúde, fator essencial para a compreensão dos Determinantes Sociais de Saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

As repostas dos residentes ao questionário corroboram com os achados de Souza e Andrade (2014) sobre a pouca atenção com as categorias nos cursos de graduação em saúde. O fato de 67,7% dos participantes relatar que tiveram dificuldades na utilização e desenvolvimento das categorias na sua prática profissional é bastante expressivo. O profissional de saúde deve, como qualquer cidadão, estar munido de conhecimento que direcione suas ações com vistas à efetivação de suas práticas para proteção da vida nos territórios onde atuará e diante das necessidades demandadas pela sociedade.

Souza e Andrade (2014) destacam ainda a importância das aulas práticas nas graduações em saúde, uma vez que as vivências em territórios na Estratégia de Saúde da Família permitem práticas intersetoriais e transdisciplinares na relação saúde-ambiente. Esse é um importante período na graduação em Saúde para discussão de conteúdos que envolvam a tríade Meio Ambiente-Território-Saúde e proporcionar práticas de promoção da saúde mais efetivas e direcionadas para a realidade e necessidade de cada território.

Pagani e Andrade (2012) afirmam que a ESF implica em novos papéis para as equipes de saúde da família, apoiando-se em atitudes e posturas de atuação não discutidas na formação habitual dos profissionais.

“Estes, pela natureza da tarefa a eles atribuída, devem ser capazes de atuar não só com problemas biológicos e de morbidade individual em saúde, mas também com problemas coletivos, socioculturais, numa atuação feita em consultórios e também em territórios, junto às redes sociais e à população” (PAGANI; ANDRADE, 2012, p. 96).

A necessidade de melhorar o desenvolvimento da categoria território e do processo de territorialização nas graduações em saúde reforça a importância de as categorias serem trabalhadas nas residências em Saúde da Família. Nessa perspectiva, os resultados acerca da percepção dos residentes sobre a abordagem das categorias nos seus respectivos programas são apresentados na tabela 2.

Tabela 2 – Abordagem das categorias território e territorialização nos programas de residência

Abordagem dos programas		Residentes	
		N = 31	
		N	%
Semestre onde as categorias foram apresentadas	Primeiro semestre do primeiro ano	31	100
	Segundo semestre do primeiro ano	-	-
	Primeiro semestre do segundo ano	-	-
	Segundo semestre do segundo ano	-	-
Abordagem teórica das categorias	Insuficiente	1	3,2
	Superficial	6	19,4
	Pontual e sem conexão com a AP	-	-
	Adequado	24	77,4
Quantidade de disciplinas	Suficientes	12	38,7
	Insuficientes	19	61,3
Domínio do(a) professora(a) sobre as temáticas	Insuficiente	-	-
	Superficial	4	12,9
	Pontual e sem conexão com a AP	-	-
	Adequado	27	81,1
Paralelo entre a prática e a teoria trabalhada em sala	Sim, existia conexão	29	93,5
	Não, paralelo não acontecia	2	6,5
Tema debatido em outros momentos organizados pelo programa (encontros, seminários)	Sim	19	61,3
	Não	12	38,7
Conceitos inseridos em outras disciplinas do programa	Sim	23	74,2
	Não	8	25,8
A prática no território possui conexão direta com o conteúdo abordado em sala	Sim	30	96,8
	Não	1	3,2

Fonte: elaborado pelos autores

Todos os residentes relataram que as categorias foram apresentadas e desenvolvidas ainda no primeiro semestre do primeiro ano de residência. Em todos os programas os residentes são inseridos na ESF tendo como atividade inicial o processo de territorialização, com o objetivo de conhecerem o território ao qual darão suporte.

Mesmo com a necessidade de compreender as categorias, visto que é o ponto inicial da caminhada na residência em Saúde da Família, 19 residentes (61,3%) consideram insuficiente a quantidade de disciplinas oferecidas pelos programas que tratam das categorias em destaque, dos quais 13 residentes (41,9%) são da RSF-B, 3 (9,6%) da RSF-A e 3 (9,6%) da RSF-C.

Quando questionados sobre a abordagem teórica das categorias 24 residentes (77,4%) relataram que a abordagem foi adequada, enquanto 6 residentes (19,4%) consideram superficial e apenas 1 residente (3,2%) declarou ter sido insuficiente. Chama a atenção o fato de todos os residentes que não consideram adequada a forma como as categorias foram abordadas teoricamente serem da RSF-B, convergindo para a necessidade de mais disciplinas ou tratamento diferenciado sobre a temática proposta pelos residentes do programa.

Os residentes da RSF-B, quando questionados sobre o que mudariam no programa, relataram mais uma vez a necessidade de mais disciplinas, assim como a melhora da metodologia utilizada nas aulas. Mesmo a RSF-B tendo em sua matriz curricular uma disciplina específica sobre território e territorialização, o programa foi o que mais recebeu críticas sobre a abordagem das categorias:

“Melhor organização e oferta de disciplinas” (residente B2)

“Aumentar o tempo da abordagem teórica e prática para melhor aprendizagem das categorias” (residente B4)

“Mudaria a metodologia das aulas e faria com que essas categorias estivessem presentes durante toda a residência, tanto nas disciplinas quanto nas reflexões sobre a atuação.” (residente B8)

“Uma introdução mais efetiva na temática, assegurando-se de que os alunos compreenderam. E também articular com as demais disciplinas.” (residente B5)

Cyrino e Pereira (2004) afirmam que as instituições de ensino têm sido estimuladas a transformarem-se na direção de um ensino voltado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. As autoras destacam ainda que o processo de mudança da educação traz inúmeros desafios, entre os quais o de romper com estruturas cristalizadas e modelos tradicionais de ensino para formar profissionais de com atuação mais crítica, propositiva, e tecnicamente competente.

As respostas dos residentes da RSF-B apontam para uma necessidade de mudança da metodologia de ensino utilizada na abordagem do território e da territorialização e, nesse sentido, as metodologias ativas de ensino, que visam o protagonismo do aluno no seu processo de formação, surgem como tendências atuais na área da educação.

De acordo com Giannini et al. (2012) as metodologias ativas se baseiam em estratégias de ensino fundamentadas na concepção pedagógica crítico-reflexiva, que permitem uma leitura e intervenção sobre a realidade, favorecendo a interação entre os diversos atores e valorizando a construção coletiva do conhecimento e seus diferentes saberes e cenários de aprendizagem. Dentre os vários tipos de metodologias ativas as autoras destacam a metodologia de problematização, que trabalha a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas, construindo um forte paralelo entre prática e teoria.

Por outro lado, alguns pontos positivos foram destacados: 27 residentes (81,1%) consideram que o professores tinham domínio das categorias; 29 residentes (93,5%) relataram existir um paralelo entre a teoria trabalhada em sala e a prática vivenciada no dia a dia; e, mesmo com a necessidade de mais disciplinas que trabalhem as categorias, 19 residentes (61,3%) declararam que as categorias foram abordadas em outros momentos organizados pelos programas, e 23 residentes (74,2%) apontaram que as categorias foram abordadas em disciplinas não específicas.

A aproximação entre teoria e prática é fundamental na formação do profissional de saúde, pois esse diálogo facilita a fixação dos conceitos e consequente utilização. Segundo Souza e Andrade (2014) é extremamente importante o estudo do território para a análise das necessidades e das desigualdades sociais na saúde, tornando-se um importante momento na formação, para compreender, entender e analisar os aspectos possíveis da Saúde no território. “Problematizar os cenários de prática nos permite aproximações sucessivas, tanto para a compreensão, como para a ação na realidade de cada local” (SOUZA; ANDRADE, 2014, p. 4120).

Mas, além desse paralelo entre a teoria e a prática, os programas devem se preocupar com a carga horária disponibilizada para a abordagem das categorias. Quando questionados sobre o que mudariam no seu programa acerca da abordagem e desenvolvimento das categorias território e territorialização, um núcleo de sentido foi frequente em praticamente todos os programas: o aumento do tempo para abordagem das categorias, conforme registros aqui:

“Na minha visão, estenderia um pouco a disciplina, mesmo achando que as aulas dadas foram suficientes, contudo, para que se consolidasse um pouco mais o conteúdo a respeito do tema e se fosse possível, que se estendesse por mais algumas aulas adiante.” (residente B6)

“Trataria com mais detalhes, maior importância e com mais carga horária.” (residente B9)

“Acredito que o tempo destinado a essa prática deveria ser melhor aproveitado e distribuído. Ele acaba sendo insuficiente para a magnitude do trabalho.” (residente C2)

O aumento da carga horária das disciplinas específicas sobre território e territorialização pode refletir na consolidação do conhecimento dos residentes, como citado pelo residente B6, uma vez que teriam mais tempo para vivenciar a prática, tirar dúvidas e conseqüentemente se apropriar dos conteúdos. Sendo assim, esse aumento deve acontecer juntamente com a melhoria das metodologias de ensino, para que o tempo seja utilizado da forma mais eficiente possível.

Contudo, não apenas esse aumento de carga horário e/ou vivências por parte dos residentes pode garantir melhores resultados, uma vez que os residentes se mostram satisfeitos com os conteúdos teóricos, mas relatam dificuldades na aplicabilidade. Esse fato deve estimular uma troca permanente de saberes entre os vários setores do campo da saúde que atuam no território, de forma que o processo de aprendizado se torne contínuo e processual, assim como é a própria territorialização das ações na saúde.

Após analisar a percepção dos residentes sobre o desenvolvimento das categorias pelos programas, foram analisadas as duas questões abertas que tratam especificamente sobre a conceituação das categorias (quadros 1 e 2). Nessas questões os residentes ficaram livres para escreverem com suas palavras o que entendem por território e territorialização.

Sobre o conceito de território, a análise das falas permitiu a apreensão dos seguintes núcleos de sentido: território vivo e dinâmico, relações e interações, área delimitada e território multidimensional. O Quadro 1 apresenta além dos quatro núcleos de sentido o número de vezes que cada núcleo apareceu e algumas falas que ilustram o pensamento dos residentes.

As respostas dos residentes apontaram para uma concepção de território que supera a definição meramente burocrática, enquanto espaço físico delimitado. Apesar do núcleo de sentido “área delimitada” aparecer 8 vezes, na grande maioria das falas o termo era acompanhado por uma ideia mais ampla, compreendendo o território como um local vivo, repleto de inter-relações e com diversas dimensões a serem analisadas, como podemos identificar no quadro 1.

Quadro 1 – Compreensão sobre território

Nº de ocorrências	Núcleos de sentido	Falas
11	Território vivo e dinâmico	“Local vivo, que muda constantemente” A1 “Território é o espaço vivo da comunidade” B3 “É um território vivo e dinâmico” B12 “É a vida propriamente dita. Onde tudo ocorre... Transformações.” C1
7	Relações e interações	“Espaço onde acontece as relações de uma população” A3 “Território é onde acontecem as interações. O mesmo não se limita ao espaço geográfico.” B8 “Espaço onde acontece as relações, os encontros, onde as pessoas vivem” C4 “Compreendo território como um espaço geográfico onde ocorrem interações sociais, econômicas e culturais.” B6
8	Área delimitada	Delimitação de terra.” A4 “Território seria o espaço geográfico onde vive uma comunidade.” B1 “Área delimitada.” B11 “[...] pode ser uma área delimitada sob uma posse, seja de um animal, uma pessoa ou de um grupo, de uma organização ou de uma instituição.” C6
2	Território multidimensional	“[...]compreendendo o contexto cultural, econômico e os processos de saúde e doença.” A3 “Território é não só um espaço físico, mas é também um espaço social e político.” C7

Fonte: elaborado pelos autores

Segundo Sposati (2008), território não pode ser reduzido a um mero perímetro de uma área física, muito menos a uma dimensão de terra. Para a autora, o conceito de território implica em considerar toda a dinamicidade que o envolve, pois para além da topografia natural, se constitui de uma topografia social decorrente das relações entre os que nele vivem e suas relações com os que vivem em outros territórios. Outros autores mais clássicos consagraram a definição de território nas ciências sociais e humanas, como Milton Santos (2001) que criou o conceito de território usado, e Souza (2001) quando debate sobre as diferentes concepções do território na ciência geográfica. Tais conceitos, estão explicitamente incorporados as percepções de alguns residentes, conforme exemplo a seguir:

“Território diz muito além da questão de localidade, território vai mais além disso, é a singularidade da população que nele mora, é a cultura, é a vida das pessoas. É o que demarca a vida das pessoas, se é um território que não tem uma infraestrutura adequada, a saúde da população é afetada de forma direta. Território não é só “limitação de terra”, é tudo o que o abrange, os hábitos, os costumes, as vulnerabilidades e dificuldades que nele existem.” (residente B13)

A necessidade de incorporar as relações e interações existentes no território foi bastante explorada pelos residentes em suas falas. Para Albagli (2004), o território não se reduz à sua dimensão material ou concreta; ele é, também, um campo de forças, uma teia ou rede de relações sociais que se projetam no espaço. A autora destaca que o território é construído historicamente, remetendo a diferentes contextos e escalas: a casa, o escritório, o bairro, a cidade, a região, a nação, o planeta.

O território é produto da dinâmica onde tencionam-se as forças sociais, uma vez que essas tensões e conflitos sociais são permanentes (MENDES; DONATO, 2003), o território nunca está pronto, mas sim em constante transformação, como citado pelo residente C1. Ao mesmo tempo o território é também condição para que as relações sociais se concretizem, como indicado pelo residente B6. E, sendo construído no processo histórico, ou seja, pertence a uma dada sociedade, de um dado local, que articula as forças sociais de uma determinada maneira.

Assim, o território é ao mesmo tempo: o território suporte da organização das práticas em saúde, o território suporte da organização dos serviços de saúde; o território suporte da vida da população; o território da conformação dos contextos que explicam a produção dos problemas de saúde e bem-estar; o território da responsabilidade e da atuação compartilhada. Um território multifacetado, um território vivo (MONKEN et al, 2008).

Essas concepções de território são expressas na prática de trabalho das ESF mediante o modo de entender a área de trabalho, a forma de organização da ESF e a maneira como são estabelecidos os vínculos com a população e com o território, considerando que existem características inerentes ao lugar e em que estas influenciam no modo dessa população pensar e agir no território, e consequentemente influenciam consideravelmente na operacionalização da ESF (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

“O território é uma potencialidade. Nesse se encontra os movimentos sociais. A relação do sujeito que se mescla com a realidade cultura de um povo. Que vive as alegrias, as dificuldades, perdas e vitórias. Território é a construção de um povo, construção de lugar.” (residente C2)

Sendo assim, as falas dos residentes apontam para a necessidade de trabalhar sob lógica de um território dinâmico, vivo, que expressa uma realidade multidimensional das necessidades de saúde sejam elas individuais ou coletivas. O conhecimento sobre o complexo objeto requer dos trabalhadores de saúde um olhar sistemático sob seu processo de trabalho, além do estabelecimento de parceria com todos os atores que integram o território e a educação permanente (SANTANA, 2013).

Sobre o processo de territorialização, as respostas dos residentes permitiram a determinação de cinco núcleos de sentido, como apresentado no quadro 2. O núcleo de sentido “compreensão e reconhecimento” foi o que mais apareceu entre as falas (15 vezes).

Quadro 2 – Compreensão sobre territorialização

Nº de ocorrências	Núcleos de sentido	Falas
3	Ferramenta para as equipes de saúde	<i>“Ferramenta útil para facilitar e adequar o trabalho de uma equipe de Saúde da Família a determinado território.” A1 “ferramenta de cuidado utilizada na atenção básica,” B7 “É uma ferramenta utilizada pelos profissionais para conhecer melhor os dispositivos, à população, suas necessidades e seus pontos positivos.” B9</i>
15	Compreensão, e reconhecimento	<i>“Conhecer as necessidades de saúde da população que vive naquele território onde é feito a territorialização.” A4 “Reconhecimento das características sociais e demográficas e demais comorbidades de saúde individual, sanitária e coletiva” B2 “Conhece o lugar, pessoas que habitam aquele território, potencialidades e fragilidades, equipamentos de lazer e sociais, lideranças comunitárias.” C5</i>
2	Mapeamento	<i>“[...] conhecer e desenhar os espaços comuns e privados, espaços públicos, equipamentos sociais, espaços comunitários” B3 “[...] Além disso, a construção de mapas que acabam se construindo unicamente pela delimitação geográfica.” C2</i>
3	Processo de organização	<i>“É um processo que auxilia as equipes que atuam na saúde da família a entender sobre os processos de saúde e doença, da sua área de cobertura, e ter melhor atuação e organização no processo de trabalho” A3 “Processo de organização dos serviços com base no território” B11</i>
4	Planejamento de ações	<i>“[...] traçar planos de saúde de acordo com as necessidades observadas” B4 “[...]para assim poder programar ações de saúde efetivas e de acordo com as necessidades apresentadas” B5</i>

Fonte: elaborado pelos autores

Em outra direção, a ideia de mapeamento que foi levantada por alguns residentes diz respeito a organização do território de acordo com seus limites. O processo de territorialização vivenciado nas residências tem como um dos objetivos a construção de mapas que elucidam tudo o que foi encontrado e percebido durante o processo de conhecimento do território. Nesses mapas, além dos pontos positivos, também são mostrados quais são os problemas locais. Idealmente, quando essas questões são apontadas, os mapas devem salientar quais organizações e sujeitos daquele território podem auxiliar na sua solução. Atualmente, existem uma série de ferramentas e técnicas acessíveis para auxiliar nesse processo, como o uso do Google Maps/Earth e softwares de geoprocessamento livres.

Santana (2013) acrescenta que do ponto de vista normativo, embora o território e a territorialização sejam elencados como elementos estruturantes da ESF, operacionalmente o território é demarcado prioritariamente sob o enfoque populacional, quantitativo de pessoas a serem cobertas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) e pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), o que se reflete no cotidiano das equipes, pois não fica clara a utilização dos componentes vivos do território para organização do processo de trabalho. Em algumas equipes, quando se tem um mapa, este traz o território apenas com a demarcação física de áreas de abrangência. Não sendo consideradas as condições de vida daquela população adscrita.

Souza e Andrade (2014) destacam que identificar as potencialidades e dificuldades de um determinado território, numa ótica estrutural, física e cultural, e, a partir dessa análise e observação compreender as barreiras impostas pela dinâmica do território, é fundamental no enfrentamento de

problemas e necessidades. Nesse sentido os mapas seriam uma forma de sintetizar essas informações.

Ao compreender a territorialização no sentido de apropriação, conhecimento da área, os residentes estão em consonância com um dos pressupostos norteadores para condução do processo de trabalho das equipes. No entanto, nos achados do estudo de Santana (2013) esse olhar é feito unicamente no momento de implantação da unidade na comunidade e, em algumas unidades, foi feito no sentido de dividir novamente as microáreas dos ACS. E que do ponto de vista formal da gestão não existe recomendação de repetição do processo. Se o território é considerado vivo, dinâmico que está em permanente construção e reconstrução, requer estratégias de uma análise sistemática e contínua para reformulação do processo de trabalho considerando a realidade vivida e concebida pela comunidade.

Um dos residentes, inclusive, destacou em uma de suas respostas essa necessidade de que o processo seja contínuo, para assim acompanhar as transformações ao qual o território está sujeito e também para facilitar a fixação dos conceitos apresentados em sala.

“A territorialização deveria ser um processo contínuo tanto dentro da disciplina, quanto dentro da prática no território.” (residente B1)

As respostas dos residentes demonstram que apesar de todos os problemas encontrados, como a pouca importância dada as categorias na formulação dos projetos político pedagógicos, a falta de disciplinas específicas em um dos programas, a necessidade de mudança das metodologias de ensino utilizadas ou o aumento das cargas horárias das disciplinas, os residentes possuem uma compreensão ampla dos conceitos de território e territorialização, apontando potencialidades e criticando conceitos que reduzem a análise meramente a números ou limites geográficos.

A fala do residente C7 é um bom exemplo de que as categorias são fundamentais no processo de trabalho das equipes de saúde e que compreender que no território existe vida para além dos números é ponto fulcral para entender os determinantes sociais da saúde e assim, ser mais resolutivo.

“Territorialização é mergulhar no território, é conhecer um povo, suas alegrias e suas tristezas, seus desafios, sua história e sua maneira de pensar. É conhecer cada rua, cada beco e em cada casa conhecer o número de moradores, idade, sexo, escolaridade, comorbidades, e situação de moradia e infraestrutura social. É sondar a situação de saúde pra que com todos esses dados possamos traçar planos para melhorar a condição de vida e saúde de uma comunidade.” (residente C7)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação do questionário com os residentes indicou que a abordagem das categorias durante os cursos de graduação ainda precisa ser fortalecida. O mesmo pôde ser observado nas residências que foram analisadas pelo estudo, nas quais os residentes reclamaram da quantidade insuficiente de disciplinas e da forma como as categorias foram abordadas, especialmente no programa da RSF-B. Apesar das críticas aos programas, os residentes declaram que existiu um paralelo entre a teoria e a prática, e demonstraram ter um conhecimento bastante amplo das categorias, com apresentação de conceitos embasados, entendendo o território enquanto movimento, vida, dinamicidade, transformação. Todavia, ressalta-se as dificuldades de operacionalizar na prática esse embasamento teórico, o que impõe um desafio no processo formativo e na prática profissional. Tal discussão, pode ser fruto de novas investigações que objetivem desenvolver metodologias sobre como operacionalizar essas categorias e processos.

Diante do exposto, considera-se a necessidade de os programas reestruturarem seus projetos pedagógicos, a fim de dar ênfase na importância da abordagem da categoria território e do processo de territorialização, bem como no tempo e metodologias utilizadas para tal. Ressalta-se que outros estudos devem ser realizados para compreender aspectos que não foram abordados nessa pesquisa, como por exemplo, a aplicação de entrevistas ou questionários com as coordenadoras dos programas e com os professores, uma vez que estes podem trazer informações complementares interessantes sobre como se dá o desenvolvimento das categorias nas disciplinas e no programa como um todo.

Em outro sentido, sugere-se que os programas invistam esforços em tornar a prática de campo, para a compreensão e operacionalização das políticas de base territorial, uma prioridade no processo formativo. Como se observou, do ponto de vista teórico, os conteúdos estão sendo bem vivenciados, mas as dificuldades práticas persistem. Assim, valeria estreitar parcerias com os serviços de saúde e grupos acadêmicos que pesquisam e trabalham com a temática, principalmente a geografia, no sentido de construir alternativas mais sólidas de formação integral dos residentes.

REFERÊNCIAS

- ALBAGLI, S. Território e Territorialidade. In: LAGES, V. (org). **Territórios em movimento: cultura e identidade como estratégia de inserção competitiva**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; p.25-70. 2004.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004, 229p.
- BEZERRA, A.C.V. Discutindo o território e a territorialização na saúde: uma contribuição às ações de vigilância em saúde ambiental. **Revista de Geografia**, v. 32, n. 3, 2015.
- BUSS, P.M; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
- CAPPELLARI, A.; COUTO, C.R; HILLESHEIM, B. Inclusão e território: sobre o pertencer em saúde. **Seminário de Iniciação Científica**, p. 203, 2015.
- CATAIA, M. Território usado e federação: articulações possíveis. **Revista Educação & Sociedade [online]**, v. 34, n. 125, p. 1135-1151, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0101-73302013000400007>
- CYRINO, E.G; PEREIRA, Maria L.T. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 780-788, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300015>
- ESMERALDO, G.R.O.V. et al. Tensão entre o modelo biomédico e a Estratégia Saúde da Família: a visão dos trabalhadores de saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 20, n. 1, p. 98–106, 2017. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.15786>
- FARIA, R. A territorialização da atenção primária à saúde do sus: avaliação dos resultados práticos implementados numa cidade da região sul do brasil. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 14, n. 29, 2018. <https://doi.org/10.14393/Hygeia142908>
- FRANCO, ML.P.B. **Análise de conteúdo**. 2ª edição Brasília: Líber Livro Editora, 2005.
- GIANNINI, D.T.; AFONSO, D.H.; SILVEIRA, L.M.C. Construção colaborativa de um manual: Estratégia no processo ensino e aprendizagem na residência. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 11, p. 103-111, 2012.
- GONDIM, G.M.M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. DE; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J.C.; MONKEN, M. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 237-255.
- GONDIM, G.M.M. **Territórios da atenção básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?** 1999. 256 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio, Rio de Janeiro: s.n., 2011.
- GONDIM, G.M.M; MONKEN, M. O uso do território na Atenção Primária à Saúde. In: n. MENDONÇA, M.H.; MATTA, G.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2018, p.143-176 <https://doi.org/10.7476/9788575416297.0008>
- MENDES, E.V.; TEIXEIRA, C.F.; ARAÚJO, E.C. Distritos Sanitários: conceitos chaves. In: MENDES, Eugênio V, organizador. **Distritos Sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 159-185.
- MENDES, R.; DONATO, A.F. Território: espaço social de construção de identidades e de políticas. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 4, n. 1, 2003.

- MONKEN, M. Contexto, território e processo de territorialização de informações: desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em saúde. In: BARCELLOS, C. (Org). **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, ICICT, EPSJV, Saúde e Movimento; 2008. n. 6. p. 141-164.
- MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A.C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J.C.; MONKEN, M. (Org). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 23-41.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, A.F; CORBO, A.M. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 177-224.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300024>
- NASCIMENTO, D.D.P; OLIVEIRA, M.A.C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 19, p. 814-827, 2010.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000400009>
- OLIVEIRA, E.X.G. **A multiplicidade do único: territórios do SUS**. 2005. 97 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- PAGANI, R.; ANDRADE, L.O.M. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Saúde e Sociedade**, v. 21, supl. 1, p. 94-106, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500008>
- PEREIRA, M.P.B; BARCELLOS, C.C. O território no programa de saúde da família. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 2, n. 2, 2006. <https://doi.org/10.14393/Hygeia216847>
- RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia do Poder**. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo (SP): Ática, 1993.
- SANTANA, M.M. **Território plataforma da vida e do trabalho vivo em saúde**: análise do território trabalhado na ESF do Distrito Sanitário V em Recife/PE. 2013. 193 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife. 2013.
- SANTOS, M.; SILVEIRA, M.L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- SAQUET, M.A. As diferentes abordagens do território e a apreensão do movimento e da (i)materialidade. **Geosul**, Florianópolis, v. 22, n. 43, p 55-76, 2007.
- SOUZA, C.L.; ANDRADE, C.S. Saúde, meio ambiente e território: uma discussão necessária na formação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.19, n.10, p. 4113-4122, 2014.
<https://doi.org/10.1590/1413-812320141910.08992014>
- SOUZA, M. L. de. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, Iná et. al. (Org). **Geografia: Conceitos e Temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995, p.77-116.
- SOUZA, M.L. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In CASTRO, Iná (Org). **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001, p.77- 116.
- SOUZA, M.A. Uso do Território e Saúde. Refletindo sobre “municípios saudáveis”. In: SPERANDIO, Ana M.G. (Org.). **O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis**. 1ª ed. Campinas: IPES editorial, 2004, p. 57-77.
- SPOSATI, A. Territorialização e desafios à gestão pública inclusiva: o caso da assistência social no Brasil. Congresso Internacional Del Clad Sobre La Reforma Del Estado Y De La Administración Pública, XIII. In: *Anais...* Buenos Aires, p. 4-7. 2008.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBOAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf. Epidemiologia. SUS**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998. <https://doi.org/10.5123/S0104-16731998000200002>