



**UNIVERSIDADE FRANCISCANA
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
CURSO DE ENFERMAGEM**

Isadora Giuliani Figueiredo

**TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO
INTEGRATIVA DE LITERATURA**

Santa Maria, RS
2021

Isadora Giuliani Figueiredo

**TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO
INTEGRATIVA DE LITERATURA**

Trabalho Final de Graduação, apresentado ao Curso de Enfermagem, Área de Ciências da Saúde, Universidade Franciscana, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª.Mara Regina Caino Teixeira Marchiori

Santa Maria, RS
2021

**UNIVERSIDADE FRANCISCANA
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
CURSO DE ENFERMAGEM**

Isadora Giuliani Figueiredo

**TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO
INTEGRATIVA DE LITERATURA**

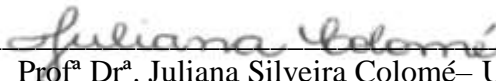
Trabalho Final de Graduação, apresentado ao Curso de Enfermagem, Área de Ciências da Saúde, Universidade Franciscana, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Data de Aprovação: Santa Maria – RS, 17 de dezembro de 2021.

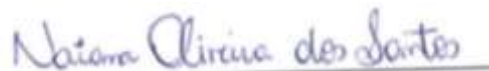
BANCA EXAMINADORA



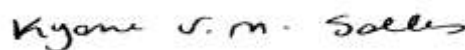
Prof^a Dr^a. Mara Regina Caino Teixeira Marchiori
Orientadora - UFN



Prof^a Dr^a. Juliana Silveira Colomé – UFN



Prof^a Dr^a. Naiana Oliveira dos Santos – UFN



Kyane Victória Machado Salles

RESUMO

Esta pesquisa objetivou identificar o que vem sendo produzido na literatura científica acerca da territorialização na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma revisão de literatura, na modalidade integrativa, realizada na Biblioteca Virtual da Saúde na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. A busca ocorreu nos meses de fevereiro a abril de 2021. Para as estratégias de busca se utilizou os descritores “território”, “territorialização à atenção primaria”, “atenção primária à saúde”, e “comunidade” e o operador booleano “and”. Foram selecionados para essa revisão oito artigos científicos. Os resultados evidenciaram que a territorialização em saúde, apesar da região onde a população é atendida, ali se encontram diversas diferenças que tornam o trabalho da equipe de saúde cada vez mais desafiador. Conclui-se que, após a análise dos artigos selecionados na base de dados, foram evidenciadas diversas formas de atender a região para que o território seja cada vez mais saudável, com os serviços de Atenção Primária à Saúde ao alcance de todas as pessoas que estão presentes na comunidade.

Descritores: Atenção primária à saúde. Comunidade. Gestão em saúde. Territorialização à Atenção Primária.

ABSTRACT

This research aimed to identify what has been produced in the scientific literature about territorialization in Primary Health Care. This is a literature review, in the integrative modality, carried out in the Virtual Health Library in the Latin American and Caribbean in Health Sciences Literature database. The search took place from February to April 2021. For the search strategies, the words “territory”, “territorialization”, “primary health care”, and “community” were used. Eight scientific articles were selected for this review. The results showed that the territorialization of health, despite the region where the population is served, there are several differences that make the work of the health team increasingly challenging. It is concluded that, after analyzing the articles selected in the database, several ways of serving the region were evidenced so that the territory is increasingly healthy, with Primary Health Care services available to all people who are present in the community.

Keywords: Primary health care. Community. Health management. Territorialization.

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO	5
1.1Justificativa	7
2REVISÃO DE LITERATURA.....	8
2.1 Atenção primária à saúde e a vinculação com os usuários/famílias	8
2.2 Territorialização na atenção primária à saúde.....	9
3METODOLOGIA.....	12
4RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	15
6CONCLUSÃO.....	20
REFERÊNCIAS.....	21

1INTRODUÇÃO

No Brasil, as discussões acerca da Atenção Primária à Saúde (APS) foram estimuladas pelo Movimento da Reforma Sanitária (RSB) durante as décadas de 1970 e 1980, como parte de um conjunto de mudanças sociais que pressupõe a recuperação da cidadania, o seu pleno exercício, o direito de expressão. Tais mudanças foram incorporadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, dando início à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (PAIM, 2018).

A saúde passou a ser um direito de todos os cidadãos e dever do Estado, com garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Serviços esses que devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada. Esse sistema deve ser organizado em princípios e diretrizes que visam à descentralização, atenção integral, a participação comunitária na deliberação das políticas e ações de saúde, aprovados na Constituição Federal do Brasil, de 1988, e regulamentados pela Lei nº 8080/1990 (BRASIL, 1988).

Com o Decreto nº 7508, de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do SUS, tem-se o planejamento da saúde e assistência à saúde, considerando, para a sua organização e gestão, o estabelecimento de diretrizes, como região de saúde, territórios de saúde, mapa da saúde, rede de atenção à saúde, referência e contra referência, contrato organizativo de ações públicas e demais aspectos vinculados à articulação interfederativa e à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados (BRASIL, 2011). Sendo o território um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho na APS, é necessário considerar que esse espaço vai além da extensão geográfica, de um perfil ambiental, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Neste sentido, os resultados desses processos dialogam com as diretrizes da APS, que são regionalização e hierarquização: territorialização; população adstrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede; e, participação da comunidade. A territorialização constitui-se como uma ferramenta favorável, pois viabiliza a construção de um diagnóstico situacional, podendo ser utilizada como mecanismo de organização do processo de trabalho e das práticas de saúde, visando possibilidades de estratégias de intervenção, de construção da integralidade, da humanização, da

qualidade da atenção à saúde e da gestão na saúde coletiva (CAMARGOS; OLIVER, 2019; D'AVILA et al., 2020).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2017, tem, na Saúde da Família, sua estratégia prioritária para a expansão e consolidação da APS. Contudo, reconhece outras estratégias de organização nos territórios, que devem se configurar em um processo progressivo e singular, que considera e inclui as especificidades loco regionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações em situações de vulnerabilidade, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2017). A PNAB, na sua segunda edição no ano de 2017 sistematizou os modos de organização territorial da APS, definindo o seu papel como porta de entrada e coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Na PNAB foi, ainda, incorporada a territorialização como primeira atribuição comum a todos os profissionais envolvidos com a APS.

Nesse sentido, ao se olhar para o território na perspectiva de produção da saúde, deve-se considerá-lo um espaço vivo, capaz de produzir saúde e que precisa passar por um diagnóstico epidemiológico que identifique fatores e condições pertinentes ao processo de saúde e doença de uma determinada região. Dessa forma, o território pode ser compreendido como um espaço geográfico único, organizado de forma descentralizada, no âmbito do SUS, e que executa ações estratégicas de vigilância, prevenção, proteção, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2017).

A territorialização compreende um processo em que um espaço geográfico é analisado em todas as suas dimensões, a fim de que se obtenha uma visão mais ampla do seu contexto e das atividades humanas nele desenvolvidas (MONKEN; BARCELLOS, 2005). Com isso, a territorialização vai além da análise dos limites geográficos e busca entender o território e, ainda, as necessidades de quem nele habita. Assim, a territorialização também pode contribuir com a gestão e o planejamento de intervenções a partir da realidade local (FARIA, 2013; SUCUPIRA, 2003). Desse modo, segundo a Portaria 99, de 7 de fevereiro de 2020, ficou redefinido o registro das equipes de Atenção Primária (eAP) e de Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), de forma a classificar o tipo de equipe de saúde (BRASIL, 2020).

Frente ao exposto, permanece, no entanto, o questionamento: O que está sendo produzido na literatura científica sobre a territorialização na Atenção Primária à Saúde no Brasil? Objetivou-se, assim, identificar o que vem sendo produzido na literatura científica acerca da territorialização na APS.

1.1 JUSTIFICATIVA

Justifica-se o presente estudo pela aproximação da autora com essa temática, enquanto acadêmica do 8º semestre do Curso de Enfermagem, no Estágio Curricular Supervisionado em Enfermagem I, na Unidade Básica de Saúde (UBS), mais especificamente, na eAP na região oeste de Santa Maria, RS. Neste estágio foi possível vivenciar e atuar na organização do processo de trabalho e cuidado, bem como na organização da territorialização, dessa área de abrangência das eAP.

Soma-se a isso a oportunidade de vivenciar, junto à gestão da UBS e da superintendência da Atenção Primária à Saúde, a operacionalização do programa Previne Brasil, que foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Esse programa estabeleceu o novo modelo de financiamento e reformulou algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passaram a ser distribuídas com base em três critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2019).

Ainda, reitera-se que a proposta desse estudo se insere, também, nos eixos prioritários do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC), para o período 2020 a 2023, mais especificamente no Art. 7º - Área de Tecnologias para Qualidade de Vida: I – Saúde, como o objetivo contribuir para a melhoria da oferta de serviços essenciais para uma parcela significativa da população brasileira (BRASIL, 2020).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Atenção primária à saúde e a vinculação com os usuários/famílias.

A APSé definida, no Brasil, como o conjunto de ações organizadas em serviços descentralizados e programados, para intencionar populações territorialmente adjuntas. Tais ações envolvem tecnologias cuidadosas, complexas e múltiplas, que atingem a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. São elaborados sob a forma de trabalho em equipe em UBS. Inseridos na APS estão todos os processos e fases do processo de territorialização acima citados (FARIA, 2018).

Conforme a PNAB, a Saúde da Família constitui-se em estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS. Contudo, reconhece outras estratégias de organização da APS nos territórios. Todas devem seguir os princípios e diretrizes da APS e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais regionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2017).

No entanto, ainda que a territorialização seja amplamente reconhecida como fundamental para a organização do trabalho das equipes de saúde da APS, a PNAB não traz maior detalhamento de como essa territorialização se daria no cotidiano do trabalho em saúde no SUS. A PNAB orienta o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais em base territorial. A equipe de saúde deve participar do processo de territorialização e mapeamento da sua área de atuação, a micro área. O processo de trabalho das equipes deve ser organizado a partir dessa microárea, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades.

Nesse período, a vulnerabilidade é tomada como conceito que define um dos objetos de intervenção da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), em 2006, reiterando ao conceito a dimensão das implicações sociais, políticas, geográficas, dos comportamentos de risco e, ressaltando, dentre outros aspectos, o dever do cidadão de gerir sua saúde, evitando riscos e reduzindo sua vulnerabilidade (BRASIL, 2016). Outra estratégia importante para a qualificação dos profissionais foi a Planificação da Atenção à Saúde proposta pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), iniciada no ano de 2004, com metodologias e ferramentas que contemplam a construção coletiva de conhecimentos, proporcionando aos

participantes ferramentas para instrumentalizar o processo de trabalho das equipes de saúde em seu cenário de atuação (BRASIL, 2011; MENDES, 2013). Neste sentido, num segundo momento, foi denominada de Planificação da APS, aprimorando o planejamento de atenção à saúde a partir de 11 oficinas temáticas. Destaca-se a oficina três da Territorialização, que teve por objetivo discutir a territorialização e adscrição dos usuários às UBSs/ESFs, como estratégia de organização da atenção e elemento fundamental para a vinculação dos usuários às equipes de APS. Além da temática territorialização, a dinâmica da planificação articulou momentos teóricos com atividades de dispersão nos territórios, com ações para a qualificação do cuidado e do trabalho em saúde (BRASIL, 2011; 2018).

Neste contexto, de acordo com Cecílio e Matsumoto (2009), destaca-se que as necessidades de saúde do indivíduo, família inserida em uma comunidade, estão relacionadas a um conjunto de fatores como: a ter “boas condições de vida”, que seriam os fatores externos, os quais podem determinar o processo saúde/doença; ao conjunto que fala de necessidade de ter acesso e poder consumir toda tecnologia de saúde, capaz de melhorar e prolongar a vida; a referência a necessidades de criação de vínculos afetivos e efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional; e, ao conjunto que diz respeito à necessidade de cada pessoa de ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida.

2.2 Territorialização na atenção primária à saúde

A territorialização é uma diretriz para a organização dos serviços da APS do SUS no Brasil. É possível defini-la como um processo social e político de convergência do modelo assistencial hospitalocêntrico para um sistema de atenção organizado em redes de atenção coordenadas territorialmente pela APS. A territorialização define o próprio desenho das redes e os nós de convergência de todos os fluxos (ANDRADE et al., 2017).

Nessa perspectiva, a convicção mais comum de território é a de um espaço geográfico delimitado por divisões administrativas. Cada território tem suas características, que configuram diferentes perfis demográficos, epidemiológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos, os quais se encontram em constante transformação. Os profissionais de saúde que operam na APS devem se apropriar dessas características; precisam dialogar com os atores, para que tenham poder de trabalhar sobre a realidade onde atuam e na qual também pertencem (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

Colussi e Pereira (2016) referiram que alguns conceitos de territorialização em saúde permitem o entendimento do processo de adoecimento, em que as representações sociais do processo saúde-doença envolvem as relações sociais e as significações culturais. É o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças. Muito mais que uma extensão geométrica, apresenta um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza, e se expressa num território em permanente construção.

Nesse sentido, o processo de territorialização segue algumas propostas/fases, como: a primeira fase é a preparatória ou de planejamento, onde o processo de territorialização requer planejamento prévio para estabelecer o que se deseja saber e qual será a melhor maneira de obter essas informações, para que o resultado esperado seja o mais satisfatório possível; na segunda fase, realiza-se a coleta dos dados/informações. Esta é uma fase bastante robusta e trabalhosa. Geralmente a obtenção dos dados é possibilitada por quatro maneiras diferentes e complementares de ser feita, quais sejam: observações in loco, acesso aos Sistemas de Informação à Saúde (SIS), leitura dos prontuários dos usuários da unidade de saúde e entrevistas realizadas com as pessoas que habitam o território; Na terceira fase é realizada a de análise dos dados, sem desconsiderar a importância das demais fases, que são complementares (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

Dentro do processo da territorialização tem-se um procedimento que tem por princípio a estruturação de um modelo de financiamento, visando aumentar o acesso das pessoas aos serviços da APS e o vínculo entre população e equipe, baseado em mecanismos que estimulem a responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem. O Previne Brasil equilibra valores financeiros per capita, referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e eAP, com o grau de desempenho assistencial das equipes a incentivos específicos, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), equipes de saúde bucal, informatização (Informatiza APS), equipes de Consultório na Rua, equipes que estão como campos de prática para formação de residentes na APS, entre outros tantos programas (BRASIL, 2019).

Algumas críticas são elencadas a respeito do Previne Brasil como, suposta ineficiência dos serviços em APS, considerando o grande número de usuários do SUS não cadastrados pelas equipes. Dos 50 milhões não cadastrados, 30 milhões seriam beneficiários de programas sociais, em situação de maior vulnerabilidade. Outra crítica refere-se à baixa valorização do componente de desempenho das equipes, tendo em vista serem as transferências federais, aos

entes subnacionais, majoritariamente calculadas com base em critérios populacionais (BRASIL, 2019).

3METODOLOGIA

Trata-se de estudo de revisão de literatura na modalidade integrativa. Esse tipo de estudo permite reunir e resumir o conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado, ou seja, permite buscar, avaliar e sintetizar as evidências disponíveis para contribuir com o desenvolvimento do conhecimento na temática. Possibilita identificar lacunas que precisam ser preenchidas e a carência de estudos em determinada área (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa está dividida em seis etapas. A primeira refere-se a identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa, questão de pesquisa: o que está sendo produzido na literatura científica sobre a territorialização na APS no Brasil? A segunda etapa envolve o estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura. Na terceira etapa tem-se a definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos. A quarta etapa a avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa. A quinta etapa refere-se à interpretação dos resultados. Sexta etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Dividindo em seis níveis a revisão integrativa, classificou-se o corpus de análise dos artigos em níveis de evidência: Nível I – resultado de metanálise, de estudos clínicos controlados e com randomização; Nível II – evidência obtida em estudo de desenho experimental; Nível III – evidência obtida de pesquisas quase-experimentais; Nível IV – evidências obtidas de estudos descritivos ou com abordagem metodológica qualitativa; Nível V – evidências obtidas de relatórios de casos ou relatos de experiências; Nível VI – evidências baseadas em opiniões de especialistas ou com base em normas ou legislação (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Essa revisão foi realizada por meio de um levantamento de produções científicas que constavam na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-Bireme). A base de dados utilizada foi a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para o levantamento das produções científicas utilizou-se as seguintes descritores: “território, territorialização da atenção primária”, “atenção primária de saúde” e “comunidade” e o operador booleano utilizado foi “and”. A busca ocorreu nos meses de fevereiro a abril de 2021.

Como critérios de inclusão utilizaram-se: os artigos na íntegra, com disponibilidade de acesso ao texto completo em suporte eletrônico, publicados em periódicos nacionais completos. E, como critérios de exclusão: artigos que apresentaram apenas o resumo disponível, que não

se enquadrem no recorte temporal determinado, e artigos em língua inglesa e espanhola, que não atendam aos objetivos do estudo.

A pesquisa foi realizada no primeiro e segundo semestre de 2021. Justifica-se o recorte temporal, por se tratar de pesquisas realizadas nos últimos cinco anos e que, portanto, acredita-se que representem dados atualizados sobre a temática com base na PNAB 2017.

Foi realizada uma leitura criteriosa dos títulos e resumos das publicações encontradas, a fim de verificar a adequação dos critérios de inclusão. Aqueles artigos cujo título e o resumo atenderam aos critérios, foram lidos na íntegra. Foi utilizado um instrumento de coleta de dados, em que os dados extraídos de todos os artigos selecionados foram registrados em um quadro com a identificação, autor/ano, título, base de dados/periódico publicado, nível de evidência, método, resultados e conclusões, para melhor visualização e, assim, obter a essência de cada artigo, buscando fundamentos para alcançar o objetivo do estudo.

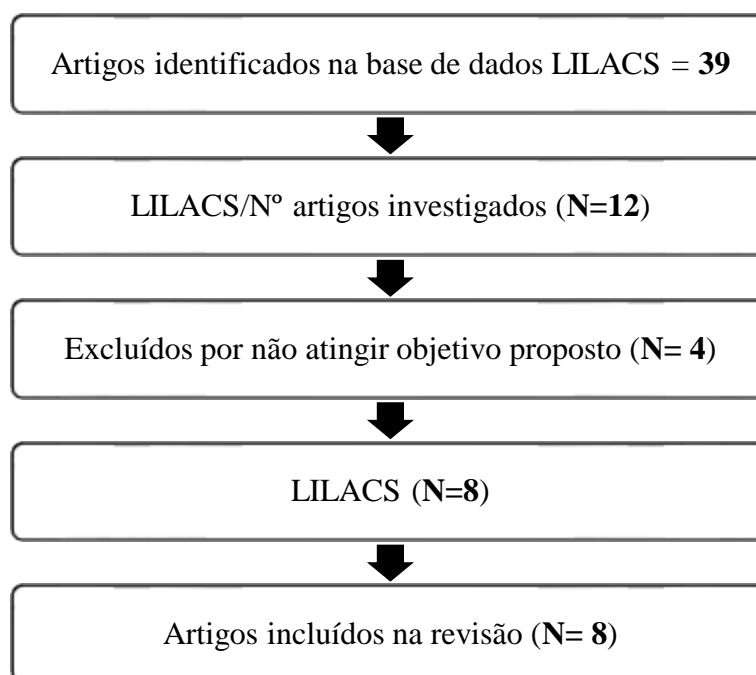
Para a análise dos dados, foi considerada a análise de conteúdo de Bardin, segundo as três etapas do método. Na *pré-análise*, realizou-se a leitura geral de todo o material, denominada “flutuante” dos artigos e foram construídos fichamentos (ficha de mapeamento e de extração de dados), a fim de possibilitar uma visão abrangente do conteúdo. Em seguida, na *exploração do material*, realizou-se a leitura integral dos artigos, com vistas à transcrição dos resultados e de trechos significativos. Com o desenvolvimento da leitura exhaustiva, desenvolveu-se a codificação dos achados, em que os fichamentos permitiram a elaboração das categorias. Assim, com referências dos autores e análise dos textos, foi possível visualizar o conteúdo de forma integrada, podendo relacioná-los e sintetizá-los, observando as convergências, divergências e semelhanças existentes, sob a ótica de diferentes autores, constituindo a etapa de *interpretação dos resultados* (BARDIN, 2011).

Para a análise dos artigos foi utilizada uma classificação hierárquica de evidências para a avaliação de pesquisas ou outras fontes de informação. A qualidade das evidências é classificada em seis níveis, a saber: nível 1, metanálise de múltiplos estudos controlados; nível 2, estudo individual com delineamento experimental; nível 3, estudo com delineamento quase-experimental, como estudo sem randomização com grupo único pré e pós-teste, séries temporais ou caso-controle; nível 4, estudo com delineamento não-experimental como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou estudos de caso; nível 5, relatório de casos ou dados obtidos de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas; nível 6, opinião de autoridades respeitáveis, baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas. O

conhecimento destes sistemas de classificação de evidências proporciona subsídios para auxiliar o enfermeiro na avaliação crítica de resultados oriundos de pesquisas e, conseqüentemente, na tomada de decisão sobre a incorporação das evidências à prática clínica (GALVÃO, 2006).

Na Figura 1 tem-se o fluxograma do processo de seleção dos artigos incluídos na pesquisa.

Figura 1 – Fluxograma da seleção dos artigos através de uma leitura criteriosa, Santa Maria, RS, Brasil, 2021.



4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para apresentação dos resultados elaborou-se um quadro sinóptico, no qual foram organizados.

Quadro 1 – Caracterização dos artigos selecionados para análise, segundo ordem, autor, ano, título, objetivo, metodologia/nível de evidência, resultados e conclusões. Santa Maria, RS, Brasil, 2021.

Código de Identificação	Autor/Ano/Título	Objetivo	Metodologia/ Nível de Evidência	Resultados	Conclusões
A1	CALISTRO, M.O. et al., 2020. Territorialização com uso de georreferenciamento e estratificação de vulnerabilidade social familiar na Atenção Primária à Saúde vivenciado por uma equipe de residentes do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva.	Descrever a territorialização com uso do georreferenciamento e da construção de mapeamento geográfico e a estratificação de vulnerabilidade social familiar na Atenção Primária à Saúde vivenciado por uma equipe de residentes do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva.	Estudo descritivo com abordagem quantitativa / IV	Territorialização com o uso de tecnologias de georreferenciamento. Identificaram-se pontos de riscos e equipamentos sociais. E, também, foram identificados famílias que não tinham cadastros ou estavam incompletos. Classificação de graus de vulnerabilidades socioeconômicas e de condições clínicas.	Territorialização permitiu o diagnóstico situacional de toda área territorial pertencente à ESF, identificando suas diversidades, vulnerabilidades, fragilidades, potencialidades. A relevância está em conhecer o território como espaço vivo, em transformação, utilizando o sistema de informação para gerar novos processos de trabalho nas ESF.
A2	VENDRUSCULO, C. et al., 2019. Utilização das tecnologias de informação e comunicação (TICs) pelos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e refletir sobre seu potencial para o cuidado.	Analisar a utilização das tecnologias de informação e comunicação (TICs) pelos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e refletir sobre seu potencial para o cuidado.	Estudo de métodos mistos, com amostra quantitativa / I	Dentre as tecnologias destacam-se os prontuários eletrônicos e o diálogo entre os profissionais das Estratégias Saúde da Família (ESF) com Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é acionado com frequência de diálogo, porém, há reduzida participação de lideranças e conselheiros de saúde.	Apesar dos avanços, a utilização das tecnologias ainda não atinge todo seu potencial para o cuidado, sendo necessário estimular o diálogo entre as equipes, a utilização do mapa do território e a participação social. Sugerem-se novos estudos, com ampliação de cenários e perspectiva longitudinal, para melhor compreender o fenômeno em toda sua complexidade e singularidade.
A3	RIBEIRO, M.A. et al., 2017. Oficina Mapa Vivo na atenção básica: estratégia de planejamento local ao combate ao Aedes aegypti.	Relatar a realização de uma oficina do Mapa Vivo na atenção primária com enfoque no combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i> .	Relato da experiência / V	Realização da oficina constituiu-se em ferramenta de promoção de um espaço de compartilhamento e sistematização da territorialização, bem como do conhecimento das áreas de aglomerados de imóveis com foco positivo, potencializando as intervenções no combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i> .	A utilização da oficina Mapa Vivo possibilitou subsídios para avaliação, planejamento e definição de intervenções estratégicas para a infestação do mosquito <i>Aedes aegypti</i> . Espaços de integração, de aprendizagem para os monitores, preceptores e tutores do PET-Saúde/GraduaSUS, visto que esses espaços foram ampliados e potencializados a partir do desenvolvimento de práticas colaborativas e interprofissionais.
A4	PRATA, N.I.S.S. et al., 2017. Saúde Mental e Atenção Básica: Território, violências e o desafio das abordagens psicossociais.	Discutir os desafios para a implementação das ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família na perspectiva da desinstitucionalização e territorialização do cuidado.	Pesquisa qualitativa / IV	Pesquisa aponta relações entre os processos de adoecimento e as características dos territórios estudados. Impactos no processo de trabalho, inclusão da saúde mental na ESF, preparo e baixa percepção interpessoal profissional, violência no território por poderes locais e associação direta da saúde mental com cotidiana violência.	Os dados apresentados neste artigo apontaram relações entre saúde mental e as condições de vida em territórios onde as equipes se deparam cotidianamente com importantes transformações advindas de intervenções urbanas, ações do Estado para pacificação e deslocamento das populações.

(continua)

(conclusão)					
Código de Identificação	Autor/Ano/Título	Objetivo	Metodologia/ Nível de Evidência	Resultados	Conclusões
A5	MARTINS, A.C.T. et al. 2019. O Projeto AcolheSUS na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, Brasil.	Problematizar o acesso aos serviços e o cuidado com o usuário, a partir da perspectiva dos profissionais de saúde e serve de gatilho para possíveis processos de mudanças.	Trata-se de estudo descritivo / IV	A prática permitiu a apropriação territorial por parte das equipes, tanto cultural, como epidemiológica e ambientalmente. Além disso, as equipes se mostraram motivadas a cada descoberta, o que favoreceu o andamento do projeto.	Este projeto propiciou mudanças no modelo de atenção à saúde na estratégia de saúde da família, centrado no usuário, na territorialização e na gestão participativa.
A6	MARCO, R. V. et al., 2019. O uso de informações para o processo de territorialização no planejamento da Atenção Básica: uma experiência a partir das doenças renais crônicas no município de São Bernardo do Campo.	Refletir com base em duas experiências em âmbito municipal sobre a efetivação do processo de territorialização na Atenção Básica como enfrentamento no cuidado das doenças crônicas não transmissíveis	Relato de experiência / V	Os resultados do estudo permitiram diagnóstico mais preciso da prevalência das doenças renais crônicas no território municipal e subsidiou as discussões com a equipe multiprofissional para o planejamento das ações de saúde com vistas a melhorar as condições de saúde da população.	No entanto, ainda que a territorialização seja fundamental para aprimorar as ações das equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), torna-se evidente que esse processo não pode ser realizado exclusivamente no âmbito da AB. O sistema de saúde, principalmente as redes de atenção à saúde, bem como os níveis mais centrais das secretarias municipais de saúde, precisam ser responsáveis por estruturar, organizar e promover esse processo, sempre articulados com as equipes de AB.
A7	CAMARGOS, M.A.; OLIVER, F.C., 2019. Uma experiência de uso do georreferenciamento e do mapeamento no processo de territorialização na Atenção Primária à Saúde.	Relatar a experiência do uso de ferramentas que instrumentalizam o processo de territorialização na Atenção Primária à Saúde.	Relato de experiência / V	Como panorama geral da unidade, em relação ao sexo, revela-se maior número de homens mapeados. Quanto à faixa etária, a de maior concentração foi a de adultos, seguida por idosos e jovens. E no que se refere às condições de saúde prevalentes, a categoria outras contempla maior número, seguida por deficiência física e intelectual.	O georreferenciamento e o mapeamento colaboraram com a territorialização da Unidade, visibilização dos serviços e da população.
A8	BUDAL, A.M.B. et al., 2018. Construção do novo modelo de mapa inteligente como instrumento de territorialização na atenção primária.	Descrever a construção de um novo modelo de mapa inteligente em uma unidade de saúde da família no município de Colombo (PR).	Trabalho qualitativo / IV	Diante das potencialidades do novo modelo, é possível demonstrar que, em relação aos mapas convencionais, o novo mapa apresenta um aperfeiçoamento, ampliando suas funções e possibilidades de utilização de forma mais prática pelos trabalhadores da saúde na atenção mais prática pelos trabalhadores da saúde na atenção primária.	A visualização da realidade dos usuários em seu território leva os profissionais a compreender fragilidades e potencialidades do território, situação de saúde, e os instrumentaliza para o planejamento e implantação de ações estratégicas que garantam a atenção integral e resolubilidade ao sistema.

A amostra final desta revisão constitui-se de oito artigos relacionados ao foco deste estudo, destacando o território como espaço que se configura, por meio de uma ação que é conduzida por quem realiza um programa, em qualquer nível de realidade em que o território se encontra, após se apropriar de um espaço, de forma concreta ou abstrata.

Quanto ao nível de evidência quatro artigos foram classificados com nível de evidência IV, com predomínio de estudos descritivos com abordagem qualitativa e quantitativo; três com nível V com evidência obtidas de relato de experiência e um com nível I seguindo estudos de métodos mistos.

Após a análise dos dados evidenciou-se que no artigo A1, que os autores observaram a territorialização através de ferramentas como o SW Maps, identificando, assim, as ruas, travessas e georreferenciaram pontos de risco, equipamentos sociais, famílias que possuíam e que não possuíam cadastros no e-SUS, e as casas que estavam desocupadas. Desta forma, obtiveram o grau de vulnerabilidade de cada família, de acordo com suas condições socioeconômicas e clínicas, utilizando o georreferenciamento e o mapa geográfico.

No artigo A7 foi utilizada, também, a ferramenta do georreferenciamento e mapeamento da APS. O Nasf-AB não apenas recebeu os resultados, mas, foi parceiro no percurso de construção e se deixou afetar pelas possibilidades de um processo de territorialização, o que se mostra como desafio constante. Pretende-se, com a visão de serviços e disponibilização de meios para acesso, facilitar o trabalho territorial e em rede. Entretanto, outras formas de uso podem otimizar o trabalho das equipes, como, por exemplo, a incorporação da distribuição espacial de populações acompanhadas, a proporção de pessoas por faixa etária, a visualização de cada microárea a partir do grau de vulnerabilidade, a incorporação de ações que acontecem no pulsar da vida no território e a qualificação dos serviços a partir do acesso dos usuários.

Segundo Camargo e Oliver (2019), o mapeamento e o georreferenciamento são ferramentas com o objetivo de tornar o processo de territorialização algo contínuo, que favorece a aproximação entre profissionais e população. Assim, espera-se uma melhor compreensão das necessidades de saúde, bem como o planejamento do processo de trabalho, sua incorporação de populações que não são consideradas como prioritárias, e o trabalho em rede e no território.

Os autores do artigo A3 descreveram o processo de territorialização a partir da construção de um mapa participativo, de forma a possibilitar subsídios para o conhecimento das áreas de aglomerados de imóveis, com foco positivo do mosquito e proposição de intervenções que fossem coerentes com a realidade local.

Os participantes foram instigados a adicionar vida ao mapa para ele passar a incorporar o cenário multicultural, de significados em um território heterógeno. Sendo assim, foi

proporcionada a sistematização de vivências dos vários territórios, possibilitando visualizar o diagnóstico situacional do bairro.

Sendo assim, é necessário conhecer o território, conhecer a população, o ambiente, e as suas relações. O processo de territorialização envolve o levantamento do perfil territorial ambiental, do perfil demográfico, do perfil socioeconômico e do perfil institucional. A partir disso, é possível conhecer as suas necessidades e, então, organizar o serviço de forma eficaz.

No artigo A2, destacou-se, dentre as tecnologias, o diálogo com os profissionais das equipes de Saúde da Família com os nasfianos e os prontuários eletrônicos. Sendo o agente comunitário de saúde acionado com frequência de diálogo, porém, há uma reduzida participação de lideranças e dos conselheiros de saúde.

Além disso, evidenciou-se no artigo A4 resultado das relações entre processos de adoecimento e as características dos territórios estudados. As formas de adoecimento resultantes da exposição constante ao cotidiano violento, de profissionais e pacientes, reforçam a importância do reconhecimento pelos profissionais de saúde das relações entre elas e as vulnerabilidades de grupos e das comunidades.

Na saúde mental, esse diálogo com a saúde da família surge com essencial para a desinstitucionalização do próprio campo, mediante o reconhecimento de que os territórios provêm condições particulares para a produção de doenças, o que faz entender a cultura, o poder, as relações e as forças políticas em conflito.

O artigo A5, desta vez, permitiu a apropriação territorial por parte das equipes através de visitas domiciliares e cadastramentos individuais. As equipes se mostraram motivadas a cada descoberta, o que favoreceu o andamento do projeto. Tal fato alcançou um maior contato da equipe com a sua população adstrita, contribuindo para maior criação de vínculos e melhoria no acesso a unidade.

Os resultados do artigo A6 permitiram um diagnóstico mais preciso da prevalência das doenças renais crônicas no território municipal e subsidiou as discussões com a equipe multiprofissional para o planejamento das ações de saúde, com vistas a melhorar as condições de saúde da população, o acesso aos serviços e a qualidade da assistência ao paciente. Foi possível elaborar ações mais focalizadas e, em decorrência, melhorar o uso dos recursos públicos.

Os autores do artigo A8 elucidaram seus achados, a partir das experiências e aplicação dos novos mapas inteligentes. Foi possível perceber diferenças em relação ao emprego de mapas convencionais utilizados comumente para a territorialização. Estes, apesar de serem vastamente empregados nas unidades de saúde, não apresentam padronização nem forma

definida pela literatura e, por se utilizarem do desenho a “mão livre” para a representação do território, possuem grande variabilidade e, conseqüentemente, muitas vezes ocasionam a descontinuidade de sua utilização pela equipe.

Desta forma a territorialização na Atenção Primária à saúde é um processo social e político importante para a realização dos princípios constitucionais do SUS, no Brasil. O desempenho da territorialização constitui-se nos diferentes espaços de vida das populações, que dão a base territorial para a constituição das redes de atenção à saúde, com o significado de organizar os serviços de acordo com o território, ou seja, conhecer o território, que é onde a vida acontece e, a partir das suas necessidades, organizar os serviços.

De acordo com Farias (2020), toda base desse projeto é alicerçada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, descritos nos aparatos constitucionais do direito de todos à saúde, não importando em qual ponto do território a pessoa esteja, é dever do estado de oferecer as possibilidades da sua efetivação.

Isso é de extrema importância, pois não há uma fórmula mágica de organização que funcionará em qualquer território, visto todas as possibilidades que foram apresentadas neste estudo. Os territórios são extremamente diferentes uns dos outros, isso significa que uma forma de organização dos serviços que funcione muito bem em determinado local pode dar muito errado em outro.

6 CONCLUSÃO

Através desse estudo de revisão, verificou-se que todos descrevem as ações no âmbito da territorialização de forma individual e coletiva, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Isto porque o objetivo fundamental no processo de territorialização é permitir a identificação de prioridades nos grupos sociais, o que irá refletir na definição das ações mais adequadas, de acordo com a natureza dos problemas identificados, tendo um maior impacto nos níveis de saúde e condições de vida da população alvo.

Entretanto, muito mais do que um simples espaço físico que é delimitado por fronteiras geográficas, onde se desenvolverão as atividades da ESF, é imprescindível a necessidade de um processo de educação permanente das equipes de saúde para aprimorar as discussões das informações e análise do território, considerando como um espaço de vida em movimento. E, que apresenta seus determinantes e condicionantes ambientais e sociais que interferem no processo de saúde e doença dos indivíduos e famílias, no cuidado e na gestão do processo de trabalho em saúde. Esse estudo vem contribuir para a compreensão de que todo território irá trazer consigo, além dos dados geográficos, fronteiras que se delimitam pelas características culturais, socioeconômicas, ambientais e de vida da população que nela vive, subsidiando o planejamento estratégico em saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE et al. **Bases da Saúde Coletiva**. São Paulo: Eduel, 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde- CONASS. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul - SES/RS. **Portaria nº 171**. Grupo Gestor da Planificação da Atenção à Saúde. Oficinas 2 – Território e Vigilância em Saúde. 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, 2018.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planificação da atenção à saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2018.

_____. Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovação e Comunicação (MCTIC). **Portaria nº 1.122, de 19 de março de 2020**. Refere a projetos de pesquisa, de desenvolvimento de tecnologias e inovações, para o período de 2020 a 2023. Brasília, DF: Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovação e Comunicação, 2017. Publicado em: 24/03/2020, edição n.57, seção 1, p.19.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **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 (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, estabelecendo novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080/90**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização dos serviços correspondentes e de outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

_____. **Portaria nº 99**, de 7 de fevereiro de 2020. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

_____. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011.

BRASIL. **Constituição** da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BUDAL, A.M.T. et al. Construção de um novo modelo de mapa inteligente como instrumento de territorialização na atenção primária. **Rev Baiana Saúde Pública**, v.42, n.4, p.727-740, Out./Dez. 2018.

CALISTRO, M.O. et al. Territorialização com uso de georreferenciamento e estratificação de vulnerabilidade social familiar na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, n.6, p.2141-2148, 2020.

CAMARGOS, M.A.; OLIVER. F.C. Uma experiência de uso do georreferenciamento e do mapeamento no processo de territorialização na Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.43, n.123, p.1259-1269, Out. Dez.,2019.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante. In: PINHEIRO,R.;MATTOS,R.A. (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed.Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

COLUSSI, C.F.; PEREIRA, K.G. **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2016.Disponível em www.ufsc.br.

D'AVILA, F.C.; DEUS, M.H.A.; ASSUNÇÃO, V.M.P.; FONSECA, I.F.; SILVA, A.M.U.; MACEDO, A.F.A.; PAULA. E.P.S. Territorialização: clareando o caminho para a melhoria da saúde dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde.**BrazJ Hea Rev**, Curitiba, v.3, n.3, p.7142-7146, may./jun. 2020.

FARIA, R. A Territorialização da Atenção Primária à Saúde do SUS: Avaliação dos Resultados Práticos Implementados numa Cidade da Região Sul do Brasil. **Hygeia**, v.14, n.29, p. 89-104,Set. 2018.

FARIA, R.M.A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**,v.25, n.11,Nov. 2020.

GALVÃO, C.M. Níveis de evidência, **Acta Paul Enferm**, v.19, n.2, Abr./Jun., 2006.

MARCO, R.V. et al. **O uso de informações para o processo de territorialização no planejamento da Atenção Básica**: uma experiência a partir das doenças renais crônicas no município de São Bernardo do Campo.Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: traduzindo conhecimento para o SUS, São Paulo, 2019.

MARTINS, A.C.T. et al. O Projeto AcolheSUS na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.6, p.2095-2103, 2019.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C. de C. P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.17.n.4, p. 758-764, 2008.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública** 21 (3) Jun 2005.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde colet.** 23 (6) Jun 2018.

PRATA, N.I.S.S. et al. Saúde mental e Atenção Básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.33-53, Jan./Abr. 2017.

RIBEIRO, M.A. et al. Oficina Mapa Vivo na atenção básica: estratégia de planejamento local ao combate ao *Aedes aegypti*. **Saúde Debate**, v41, n.esp., p.338-346, Jun.2017.

VENDRUSCULO, C. et al. Utilização das tecnologias de informação e comunicação pelos núcleos ampliados de saúde da família. **Rev Enferm UFSM, REUFSM**, Santa Maria, v.9, Esp. e5, p.1-20, 2019.

