



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SAÚDE**

**GERMANA ALVES DOS SANTOS**

**TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO  
DE MANUAL PARA ORIENTAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**FORTALEZA- CEARÁ**

**2022**

GERMANA ALVES DOS SANTOS

TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE  
MANUAL PARA ORIENTAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Gestão em Saúde. Área de Concentração: Gestão em saúde coletiva, gestão em organização dos serviços de saúde, tecnologias em saúde.

Orientadora: Dra Emérita Maria Salete Bessa Jorge

FORTALEZA- CEARÁ

2022

G373t *Santos, Germana Alves Dos*

Territorialização na atenção básica: construção e validação de manual para orientação de profissionais de saúde / germana Alves dos Santos. - Fortaleza: \_\_\_\_\_, 2022.

94p.

ISBN:

1. Territorialização. 5. Atenção Básica. 6. Manual

1. Título

CDD 612.312

GERMANA ALVES DOS SANTOS

TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE  
MANUAL PARA ORIENTAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Gestão em Saúde. Área de Concentração: Gestão em saúde coletiva, gestão em organização dos serviços de saúde, tecnologias em saúde.

Aprovada em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dra. Emérita Maria Salete Bessa Jorge  
Universidade Estadual do Ceará

---

Profa. Dra. Edna Maria Camelo Chaves  
Universidade Estadual do Ceará

---

Profa. Dra. Ivana Lima Verde Gomes  
Universidade Estadual do Ceará

---

Prof. Dr. Adriano Rodrigues de Souza  
Universidade Estadual do Ceará  
Suplente

## **AGRADECIMENTOS**

Chegou o momento mais esperado dessa caminhada: o resultado. Não somente o título, mas a caminhada, caminhada essa que percorri junto com pessoas especiais que venho dedicar essa conquista. Primeiro, ao autor da vida, ao meu Deus que me deu oportunidade de está aqui concluindo essa etapa tão importante. À minha família, ao meu marido e companheiro André Luiz, que esteve comigo me apoiando nos estudos e vida profissional e me dando suporte toda vez que precisava. Aos meus filhos, Gustavo e Arthur, carinhosamente meu GUGU e TUTU, como eu amo meus pequenos, é por vocês que luto todos os dias para ser um mãe melhor e para alcançar meus objetivos, vocês são tudo para mim. À minha professora e orientadora Maria Salete Bessa Jorge, que me ensinou a entender o mundo acadêmico, que me instruiu e me aceitou com tanta dedicação a ser sua orientada, obrigada por tudo professora. Agradeço também a Mairla, com sua paciência infinita, se dedicou e me ajudou em tantas coisas, dúvidas tiradas, aperreio com sistema, Mairlinha você é mil. À minha amiga Mariana, minha parceira de mestrado, desde o começo nos identificamos muito e além de sermos colegas de mestrados, nós somos amigas, formamos um laço que veio de Deus e que continue assim, obrigada por tudo amiga.

No mais, agradeço a todos que contribuíram com essa caminhada.

## RESUMO

A Atenção Básica é a porta de entrada do usuário para o SUS, sendo ordenadora e coordenadora do cuidado. Durante a sua implantação do SUS, a mesma vem sofrendo modificações ao longo do tempo, porém para que a Atenção Básica esteja organizada, é necessário que haja a territorialização do local, enfatizando o diagnóstico da área para que os serviços e ações em saúde sejam planejados de acordo com a demanda na comunidade. Isso implica diretamente na regulação do acesso e assistência dos usuários. A pesquisadora que é enfermeira com experiência na Atenção Básica tanto na assistência quanto na gestão, identificou a dificuldade do processo de territorialização no seu local de trabalho, pois os profissionais não tinham um protocolo para seguir diante tantas dúvidas. Por esse motivo, a pesquisadora desenvolveu um projeto de estudo de abordagem qualitativa para a construção de um manual de orientação para os profissionais de saúde da Atenção Básica sobre Territorialização. Foi realizada Revisão Integrativa para embasamento teórico na Biblioteca Virtual em Saúde e base de dados SciELO, onde resultou em 05 artigos incluídos no estudo. Foi realizado entrevistas com profissionais de saúde da UAPS Guarany Montalverne, na cidade de Fortaleza-Ce, foram entrevistados 03 profissionais. A análise das narrativas foi realizada através do software MaxQDA e análise de Bardin. Após as análises, foi desenvolvido o Manual de Orientação e o produto foi validado por sua aparência e conteúdo, onde obteve para IVC: 0,98 e IVA: 98,5%, dados bem satisfatórios. Pode-se concluir que o presente resultou na construção de um Manual de Orientação, enfatizado pela experiência da pesquisadora, entrevistas e revisão de literatura, com o intuito de transmitir conhecimento de forma permanente para mudança de processo de trabalho em relação a territorialização na Atenção Básica.

**Palavras-chave:** Territorialização; Equipe de Saúde da Família ; Atenção Básica.

## ABSTRACT

Primary Care is the user's gateway to the SUS, being the organizer and coordinator of care. During its implementation of the SUS, it has undergone changes over time, but for Primary Care to be organized, it is necessary to have the territorialization of the place, emphasizing the diagnosis of the area so that the services and actions in health be planned according to the demand in the community. This directly implies the regulation of access and assistance to users. The researcher, who is a nurse with experience in Primary Care, both in care and management, identified the difficulty of the territorialization process in her workplace, as the professionals did not have a protocol to deal with so many doubts. For this reason, the researcher developed a study project with a qualitative approach for the construction of an orientation manual for health professionals in Primary Care on Territorialization. An Integrative Review was carried out for theoretical basis in the Virtual Health Library and SciELO database, which resulted in 05 articles included in the study. Interviews were conducted with health professionals from UAPS Guarany Montalverne, in the city of Fortaleza-Ce, 03 professionals were interviewed. The analysis of the narratives was performed using the MaxQDA software and Bardin's analysis. After the analyses, the Guidance Manual was developed and the product was validated for its appearance and content, where it obtained for IVC: 0.98 and VAT: 98.5%, very satisfactory data. It can be concluded that the present resulted in the construction of a Guidance Manual, emphasized by the researcher's experience, interviews and literature review, with the aim of permanently transmitting knowledge to change the work process in relation to territorialization in Primary Care.

**Keywords:** Territorialization; Family Health Team; Basic Attention.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Fluxograma de seleção de estudos para a RI.....	22
Figura 2-	Mapa da cidade de Fortaleza-Ce.....	27
Figura 3-	Localização UAPS Guarany Mont'Alverne .....	28
Figura 4-	Subcategorias.....	31
Figura 5-	Codificação e identificação dos nós .....	32
Figura 6-	Nuvem de palavras .....	33
Figura 7-	Fases de construção do manual .....	36
Figura 8-	Capa do Manual de Orientação .....	38
Figura 9-	Tela Apresentação .....	39
Figura 10-	Tela Objetivos.....	40
Figura 11-	Tela Territorialização .....	41
Figura 12-	Tela continuação de territorialização .....	42
Figura 13-	Página final territorialização.....	43
Figura 14-	Tela Diagnóstico da Area.....	44
Figura 15-	Tela Demarcação da Area.....	45
Figura 16-	Checklist. ....	46



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização dos juízes especialistas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2022 .....	49
Tabela 2-	Testes para validade de conteúdo do Manual desenvolvido. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2022.....	50
Tabela 3-	Validade de aparência do Manual desenvolvido. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2022.....	52

## LISTA DE SIGLAS E ABREVEATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitária de Saúde
ADS	Área Descentralizada em Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe Saúde da Família
eSUS	Sistema de Informação da Atenção Básica
IVC	Índice de Validação de Conteúdo
IVCES	Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde
IVA	Índice de validação de Aparência
IVATES	Instrumento de Validação de Tecnologias Educativas em Saúde
PICO	<i>patient, intervention, comparison, outcomes</i>
PMAQ_AB	Programa e Melhoria e Qualidade-Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNES	Política Nacional de Educação Permanente
RI	Revisão Integrativa
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USB	Unidade Básica de Saúde
USFs	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
2.1 Objetivo Geral.....	16
2.2 Objetivos Específicos.....	16
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>21</b>
4.1 Revisão Integrativa.....	21
4.2 Tipo de estudo.....	27
4.3 Cenário da pesquisa.....	27
4.4 Participantes da pesquisa.....	28
4.5 Técnica, instrumento de coleta de dados e narrativas.....	28
4.6 Aspectos éticos e legais.....	29
4.7 Análise das narrativas e dos dados.....	30
4.7.1 Integralidade da equipe na Territorialização.....	32
4.7.2 A gestão participativa na Educação Permanente.....	33
4.7.3 As dificuldades encontradas na comunidade.....	34
<b>5 CONSTRUÇÃO DO PROTÓTIPO DO MANUAL.....</b>	<b>36</b>
<b>5.1 Primeira versão do manual.....</b>	<b>37</b>
5.1.1 Conteúdo do manual.....	37
<b>6 VALIDAÇÃO DO MANUAL.....</b>	<b>48</b>
<b>6.1 Critérios de escolha dos juízes especialistas.....</b>	<b>48</b>
<b>6.2 Validação de conteúdo- IVCES.....</b>	<b>49</b>
6.2.1 Fórmula do cálculo do IVC.....	50
6.3 Validação de aparência- IVATES.....	51
<b>7 APLICABILIDADE E IMPACTO DO MANUAL.....</b>	<b>54</b>
<b>8 REGISTRO.....</b>	<b>55</b>
<b>9 CONCLUSÃO.....</b>	<b>56</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICE A- ROTEIRO DAS ENTREVISTAS.....</b>	<b>59</b>
<b>APÊNDICE B- CARTA CONVITE AOS ENTREVISTADOS.....</b>	<b>60</b>

<b>APÊNDICE C- TCLE AOS ENTREVISTADOS.....</b>	<b>61</b>
<b>APÊNDICE D- CARTA CONVITE AOS JUÍZES.....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICE E- TCLE AOS JUÍZES ESPECIALISTAS.....</b>	<b>64</b>
<b>APÊNDICE F- DECLARAÇÃO DE IMPACTO.....</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICE G- DECLARAÇÃO DE APLICABILIDADE.....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXO 1- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO 2- IVCES.....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXO 3- IVATES.....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO 4- VERSÃO FINAL E REGISTRO.....</b>	<b>75</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O estudo foi motivado pela experiência da pesquisadora, onde a mesma é graduada em enfermagem. Atua como enfermeira gestora da Atenção Básica na UAPS Guarany Montalverne, localizada na regional V, do município de Fortaleza-Ce.

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, surgiu em 1988, a partir da oitava Conferência Nacional de Saúde, que se destacou pela primeira vez com a participação popular. Após a Conferência, em 1990, através da Lei Orgânica nº 8080, o SUS ganhou força, sendo assim institucionalizado e organizado através de alguns princípios que o rege. Dentre eles, os principais são: a universalidade, equidade e integralidade, fortalecendo a frase: a saúde se torna um direito de todos e dever do Estado. A descentralização e hierarquização organizam o acesso aos serviços e ações em saúde pública, dando suporte para uma regionalização efetiva e eficaz (FARIA, 2020).

O território brasileiro par ser resolutivo e organizado quando se trata de ações e serviços de saúde foi hierarquizado inicialmente, criando assim os três níveis de atenção em saúde: atenção primária, onde a sua principal estratégia é a Estratégia Saúde da Família, atenção secundária e atenção terciária.

Os serviços de saúde localizados no território devem ser resolutivos, respeitando e observando os determinantes sociais de cada área, identificados através de um diagnóstico situacional local, tendo a Atenção Básica (AB), como ordenadora e cuidadora do cuidado, focando na intersetorialidade, integralidade e equidade das equipes de Saúde de Família (eSF). Portanto, o projeto territorial do SUS depende da instituição e fortalecimento de uma base que deve funcionar de forma universal como porta de entrada e comando único do sistema (FARIA, 2020).

Em 28 de junho de 2011, o Decreto de nº7.508, teve o objetivo de Regulamentar a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, organizando assim as regiões de saúde da seguinte forma:

Seção I. Das Regiões de Saúde Art. 4º As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite -

CIT a que se refere o inciso I do art. 30; § 1º Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios; § 2º A instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais; Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: I - atenção primária; II - urgência e emergência; III - atenção psicossocial; IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e V - vigilância em saúde (BRASIL, 2011, p.03).

A regionalização, é uma estratégia adotada para organizar e integrar os serviços e ações do Sistema Único de Saúde. Tem o objetivo de estabelecer para os usuários a garantia da integralidade e universalidade do acesso, fazendo com que a população seja respaldada em relação aos princípios que regem o SUS, sendo assim, os mesmos sendo executados de maneira correta e eficiente, dando mais visibilidade aos mesmos e garantindo os direitos relatados na Constituição Federal de 88 (GOYA et al., 2016).

Se tratando ainda do Decreto 7508 é importante destacar que:

Art. 7º As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores; Parágrafo único. Os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde: I - seus limites geográficos; II - população usuária das ações e serviços; III - rol de ações e serviços que serão ofertados; e IV - respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços (BRASIL, 2011, p 04).

Ao longo de sua história, o estado do Ceará vem se destacando com mudanças em relação a regionalização. A Lei Nº17.006, 30 de setembro de 2019, especifica a regionalização no Ceará. O Ceará é composto por 184 municípios, que passam a ser divididos em regiões. São 5 macrorregiões de saúde, denominadas superintendências, e as microáreas são denominadas de áreas descentralizadas de saúde (ADS) que fazem parte da programação da Plataforma de Modernização da Saúde.

Pode-se destacar que o processo de territorialização ainda não está concluído de maneira eficaz, poderá ir mais além e falarmos que o mesmo precisa estar em constantes mudanças. Um dos marcos mais impactante para a organização do território na Atenção Básica foi a criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que atualmente está em vigor a PNAB 2017. A mesma trata de questões de

grande importância, como organização e composição de equipe que compõem a Estratégia Saúde da Família (ESF) e sua devida distribuição.

Nesse sentido, o estudo tem como por objetivo identificar quais as dificuldades encontradas pelos profissionais que compõem a equipe de saúde da família em relação a construção da territorialização no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Diante de toda experiência vivida pela pesquisadora, que atua atualmente na estratégia de saúde da família, verificou-se que o processo de realização da territorialização não se concretiza de maneira eficaz por parte da equipe de saúde da família, então nesse sentido, objetivou-se a construção de um manual para instruir os componentes da equipe de saúde da família, formando assim a seguinte pergunta-problema: como um manual de orientação pode impactar positivamente na realização da territorialização na estratégia saúde da família? Contudo, a relevância desse trabalho, poderá se concretizar em uma melhoria significativa na organização territorial geograficamente falando e na distribuição de serviços e ações em saúde de acordo com o diagnóstico situacional territorial.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Construir e validar o manual de instrução para os profissionais que constituem a equipe de saúde da família na Atenção básica, em relação à aplicação da territorialização.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a) Descrever como a equipe de saúde da família atua na construção da territorialização na Atenção Básica;
- b) Descrever através da literatura quais as possíveis alternativas para territorialização na Atenção Básica;
- c) Construir uma tecnologia de orientação (manual) direcionada para os profissionais que fazem parte da equipe saúde da família;
- d) Validar a tecnologia desenvolvida (manual) junto aos juízes especialistas quanto a aparência e conteúdo.



### 3 REVISÃO DA LITERATURA

A territorialização é uma política pública em saúde para dar ênfase aos princípios do SUS no Brasil. Porém, convivemos nos dias de hoje com modelos de atenção focados na desterritorialização e fragmentação das ações e serviços descontínuos, sem resolutividade. Em meados dos anos de 1990, a convergência assistencial, veio com a proposta de criar redes assistenciais para potencializar a saúde em regiões do Brasil. Mas no Brasil, a demora para mudanças na Atenção Básica em relação aos serviços e ações em saúde, ou seja, a unificação do modelo de atenção, levou também ao atraso da regionalização, levando assim à sobreposição de modelos de saúde, ao afogamento das finanças dos municípios e precarização da Atenção Básica em todo território Brasileiro (FARIA, 2020).

Vários instrumentos foram criados desde a criação do Sistema Único em Saúde, muito foram importantes para se produzir um discurso unificador da Atenção Básica. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi certamente, um dos principais avanços. Posteriormente, o Programa de Melhorias e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), foi um importante marco para padronização da qualidade na Atenção Primária à Saúde (APS). Diante desses instrumentos, a organização da APS ficou claro quanto ao município e quanto a regionalização inserida, porém, a questão financeira não foi resolvida, ficando assim subfinanciada. Então, as normativas passaram a orientar o modelo, mas a ideologia financeira era fraca ao próprio modelo que se queria adotar. E esse problema se intensificou com a crise política e com a produção de instrumentos de desconstrução do SUS e da Atenção Básica em Saúde (FARIA, 2020).

A primeira edição da PNAB foi em 2006, hoje em dia está em vigor a terceira edição da PNAB em 2017, que sintetiza bem a ideologia política do novo momento. O que basicamente está proposto é a desterritorialização da Atenção Básica e desconstrução do modelo de atenção baseado na Estratégia Saúde da Família. Algumas mudanças como o novo desenho de reconhecimento de outras formas de organização (essencial e ampliada), a manutenção das tradicionais Unidades Básicas de Saúde através das equipes de Atenção Básica e a desmantelamento do Agente Comunitário de Saúde, são alguns dos processos que levarão a um novo arranjo organizacional. Diante de todas essas mudanças, não será muito viável desenhar a

Atenção Básica como porta de entrada do SUS, onde regressa à um modelo de assistência totalmente ou parcialmente curativo, fragmentado e seletivo. Segundo Faria (2020):

Salvo mudanças produzidas pelo próprio debate e pelo saudável processo político, a territorialização da saúde, como processo social de mudanças nas práticas sanitárias, corre o risco de ser inviabilizada. Portanto, como projeto idealizado e ainda inacabado, a territorialização da ABS do SUS, nos termos atuais, pode nem mesmo se completar (FARIA, 2020, p. 4522).

Em um estudo feito por Calistro e colaboradores (2021), que teve como objetivo 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 vivenciada por uma equipe de residentes do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva baseada nos principais problemas sociais, demonstrou que:

O processo de territorialização permitiu o diagnóstico situacional de toda área territorial pertencente à ESF do Parque Grangeiro II, identificando suas diversidades, vulnerabilidades, fragilidades, potencialidades, sendo muito relevante, tendo em vista que se utilizou de ferramentas avançadas como estratégias inovadoras para equipe do território possibilitada pela inserção da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da URCA na ESF. A aplicação dessas geotecnologias mostrou-se eficaz uma vez que facilitou a geração, o armazenamento, a localização bem como a análise de dados de saúde da população (CALISTRO., et al, 2021, p. 2143).

Se tratando ainda do estudo feito por Calistro e colaboradores (2021), a estratificação de vulnerabilidade familiar no território do Parque Grangeiro II, foi feita por meio de scores de riscos, que se caracterizou como algo inovador para a equipe de saúde da família. Uma das limitações encontradas foi à incorreta ou falta de atualização cadastral feita pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Boa parte das famílias georreferenciadas não possuíam cadastro familiar no e-SUS ou esses estavam incompletos no momento da análise, apesar da importância dos cadastros familiares para o diagnóstico situacional em saúde. Constatou-se que mais da metade das famílias cadastradas foram classificadas como de baixo risco e algumas outras foram classificadas como de médios riscos, resultado semelhante ao de outros estudos encontrados na literatura. Esse levantamento tem como principal vantagem

facilitar o planejamento estratégico, para que o mesmo ocorra de forma equitativa, priorizando as famílias com maiores riscos (CALISTRO., et al 2021). Importante salientar nesse estudo que:

A relevância dessa experiência está ainda no despertar da consciência dos residentes para importância de conhecer o território e estabelecer nele um olhar vigilante para que as ações em saúde desenvolvidas pela equipe aconteçam privilegiando aspectos essenciais à vida das pessoas que habitam nele, enxergando-o como espaço vivo, que está em constante transformação e a utilização de sistemas de informações trouxe agilidade no processo e maior visibilidade dos resultados encontrados, mostrando-se muito útil no que se propôs, devendo pois ser estimulada nos processos de trabalho das ESFs (CALISTRO., et al, 2021, p. 2148).

A Atenção Básica deve buscar adequação da oferta de serviços de saúde aos territórios, reconhecendo seus usos e necessidades, de modo que atendam às especificidades dessa localidade, esse planejamento é possível diante de um diagnóstico situacional territorial, reconhecendo assim problemas que podem interferir na produção social do processo saúde-doença.

A construção do novo modelo de mapa inteligente durante as atividades da residência multiprofissional em saúde da família em uma unidade de saúde, através do estudo feito por Budal e colaboradores (2018), permitiu maior operacionalização do trabalho. A participação direta do cotidiano dos agentes comunitários de saúde e equipes no decorrer da aplicação dos mapas o reconhecimento dos problemas, resolução das necessidades encontradas e identificação do impacto do instrumento para a territorialização. Este trabalho teve o objetivo de descrever a construção do novo modelo de mapa inteligente a fim de que sua aplicação auxilie as equipes de saúde na AB. O trabalho identificou que:

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 resolubilidade ao sistema. Nesse ínterim, o desafio que se segue é de que as equipes, a partir de um processo educativo, além de se reunirem para discutir sobre as informações retratadas no mapa, sejam capazes de analisar o território buscando uma melhor compreensão sobre o espaço de vida, os determinantes e os condicionantes ambientais e sociais de saúde, e a influência destes na incidência e desdobramentos dos

agravos de saúde da população (BUDAL et al., 2018, p. 729).

Segundo Brasil (2009, p. 371) “território é um espaço vivo, geograficamente delimitado e ocupado por uma população específica, contextualizada em razão de identidades comuns, sejam elas culturais, sociais ou outras”.

O município pode ser dividido em diversos microterritórios para a padronização das equipes de saúde da família. Cada unidade básica de saúde, contém equipe de saúde da família, que pode ter mais de uma, dependendo da quantidade da população do seu território. Segundo a PNAB 2017, a equipe de saúde da família é obrigatória ser composta por: médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Cada território possui particularidade quanto aos usuários, estrutura geográfica e fatores determinantes sociais.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Revisão Integrativa

O presente estudo trata-se de uma Revisão Integrativa (RI), onde o método de pesquisa traz a Prática Baseada em Evidências, cujo objetivo é sintetizar os resultados de forma ordenada e sistemática, fazendo com que o tema seja aprofundado através dos artigos incluídos. A Revisão Integrativa é composta por seis etapas: elaboração da pergunta norteadora busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (SOUZA et al., 2010).

Para a elaboração da questão norteadora, utilizou-se a estratégia PICO (acrônimo para *patient, intervention, comparison, outcomes*). O primeiro elemento da estratégia (P) Atenção Básica; o segundo (I) territorialização; e o quarto elemento (O) impacto. Formando a pergunta: Qual o impacto que a territorialização causa na Atenção Básica?

As bases de dados utilizadas foram portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Brasil Scientific Electronic Library Online (SciELO), nos últimos 05 anos onde foram usadas na pesquisa os descritores do DeCS/MeSH/Palavras-chave: “territorialização”, “atenção primária em saúde” e “estratégia saúde da família”. Equações de busca estão descritas no quando 1.

Foram escolhidos como critério de inclusão: trabalhos que tivessem no período de 2017 a 2022, idiomas em inglês e português, que fossem publicados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: que não estivessem no tema e objetivo de estudo e trabalhos que não estivessem à domínio público.

**Quadro 1.** Equações de busca

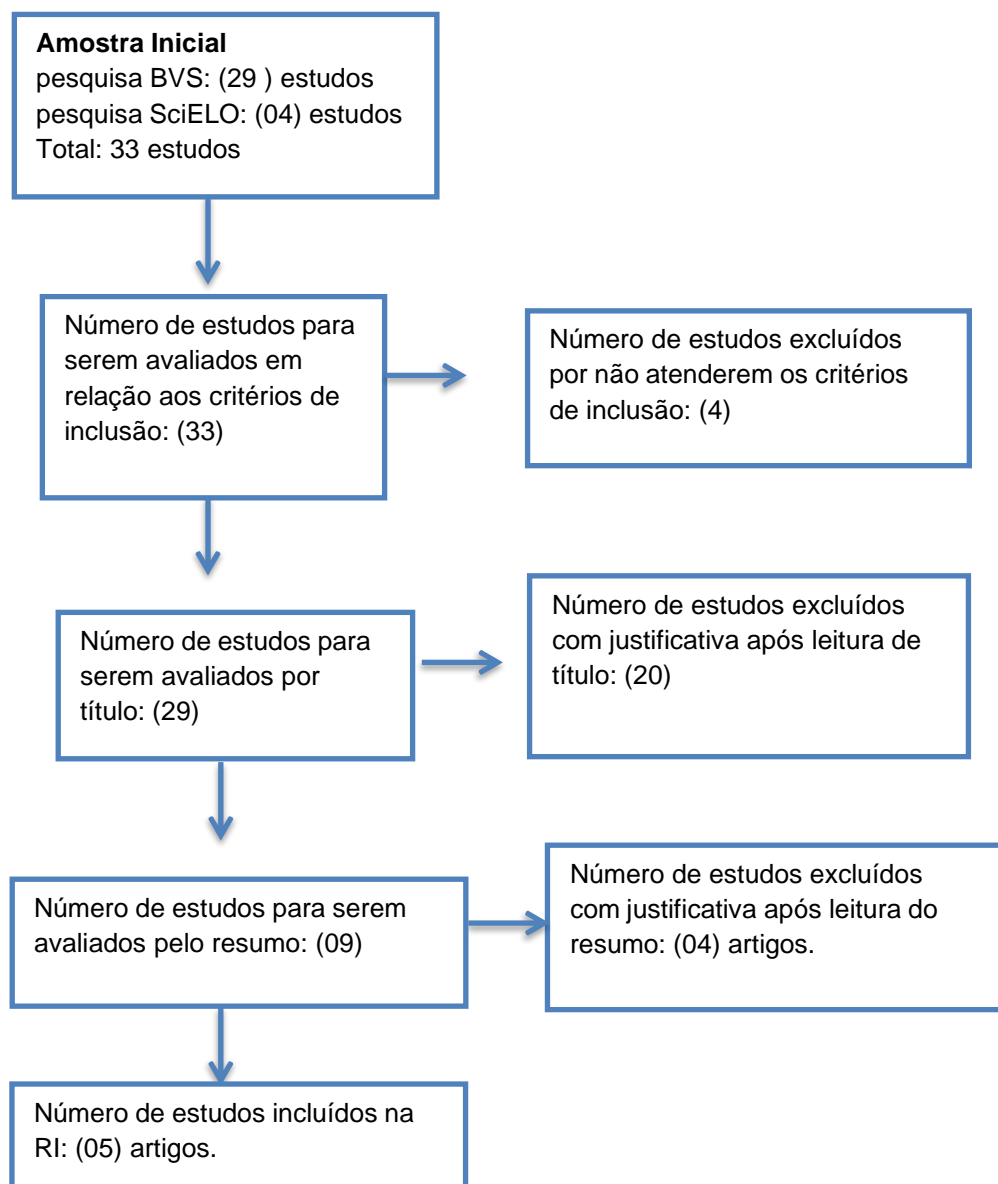
Base de dados	Equação de busca	Resultado
BVS	“territorialização” AND “atenção primária em saúde”	(29) estudos
SCIELO	“territorialização” AND “estratégia saúde da família”	(04) estudos

Fonte: autoria própria.

## Resultados

Após a pesquisa realizada, obteve os seguintes resultados: a pesquisa inicial se deu com a quantidade de 33 estudos. Depois de aplicado os critérios de inclusão, foram excluídos 4 estudos, restando assim, 29 estudos para leitura de título. Após a leitura dos títulos, foram excluídos 20 estudos, pois não atendiam o objetivo do tema proposto, restando assim 09 estudos para leitura do resumo. Após a leitura, foram excluídos 04 estudos, restando assim 05 estudos que foram incluídos na revisão integrativa. O fluxograma dos resultados da pesquisa está descrito na (Figura 1).

**Figura 1-** Fluxograma de seleção de estudos para Revisão Integrativa



Fonte: autoria própria, 2022.

Durante o processo de construção da presente pesquisa, foi realizada inicialmente a revisão integrativa e posteriormente a coleta de dados através de entrevistas semiestruturadas com profissionais que atuam na atenção primária da UAPS Mont'Alvene. Após a coleta de dados e transcrição para documento em formato doc. word, usou-se inicialmente o software MaxQDA, para identificação de nós críticos, interligação nas falas dos entrevistados e posteriormente feita análise categorial temática de Bardin (2016).

Realizadas as buscas na BVS e Scielo, a pesquisa obteve os seguintes resultados: 05 artigos foram incluídos na Revisão Integrativa, onde 03 se trata de relatos de experiência e 01 relato de caso e 01 estudo de avaliação, todos entre os anos de 2017 à 2020. Para melhor síntese, foi elaborado um quadro (Quadro 2) contendo as principais características dos estudos selecionados.

**Quadro 2.** Principais características dos estudos incluídos na RI.

<b>Autor/Ano</b>	<b>Título</b>	<b>Revista</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>Objetivo</b>
Cavalcante et al. (2017)	A territorialização na atenção básica: um relato de experiência na formação médica.	Interface	Relato de experiência	Discutir a importância da territorialização na atenção primária para a formação médica.
Budal et al. (2018)	Construção de novo modelo de mapa inteligente como instrumento de territorialização na atenção primária.	Revista baiana de Saúde Pública	Relato de caso	Descrever o processo de construção de um mapa inteligente em uma unidade de saúde no município de Colombo.
Marco 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	Bal. Inst. Saúde	Relato de experiência	Descrever a importância da territorialização no planejamento de serviços e ações na atenção básica.

	Bernardo do Campo.			
Camargos e Oliver (2019)	Uma experiência de uso do georreferenciamento e do mapeamento no processo de territorialização na Atenção primária à saúde.	Saúde Debate	Relato de experiência	Relatar a experiência do uso de ferramentas que instrumentalizam o processo de territorialização na atenção básica.
Faria (2020)	A territorialização na Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil.	Ciência e Saúde Coletiva	Estudo de avaliação	Discutir a territorialização na sua dimensão político-ideológica.

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

## Discussão

A territorialização na atenção básica para ser efetiva, precisa ser pautada nas Leis que regulamentam o SUS. No caso da Universalidade, mediante um estudo feito por Tetterman e colaboradores (2016), constatou-se que o princípio citado não é colocado em prática como deveria. A proposta do SUS se baseou no rompimento de um modelo de atenção firmado no atendimento biomédico, com ação individual e somente curativista, para a construção de um modelo de saúde que reconhece os determinantes sociais, fazendo com que haja atividades de promoção, proteção e prevenção. Para que essa mudança do modelo assistencial fosse garantida, foi criado, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A Estratégia Saúde da Família, tem como diretriz a territorialização, que vem com a proposta de implantar ações de planejamento, melhorando assim o processo de trabalho da equipe de saúde da família diante a situação encontrada naquele determinado território, levando em consideração os determinantes e condicionantes sociais no processo saúde-doença. A realização do mapeamento do território consegue localizar famílias e eventos que se encontram em situação de risco e ou vulnerabilidade, fazendo com que seja possível agir naquele determinado problema. Mas, se formos utilizar um conceito de território somente como um espaço geopolítico e físico sem ter uma visão ampla do que quais problemas abrangem



aquela comunidade, sempre haverá contradições em relação ao princípio da Universalidade. Por muitas vezes se tem visto serviços de saúde sendo negados pois o usuário não faz parte daquele território geograficamente falando, colocando assim em risco os princípios do SUS (TETTEMAN et al., 2016).

Segundo Faria (2020), o processo de territorialização do Sistema Único de Saúde foi marcado por três movimentos: municipalização-distritalização; municipalização-regionalização e municipalização-regionalização-redes de atenção, que dura até os tempos de hoje. O primeiro movimento de municipalização-distritalização teve início em meados de 1980, bem antes do SUS, a partir dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), posteriormente chamado de distritos Sanitários (DS). A grande chave para a construção do SUS, se deu a partir da criação dos DS, pois a partir desse modelo, começou o processo de descentralização. Já o movimento municipalização-regionalização trouxe a compreensão que a municipalização não é suficiente, pois a mesma não poderia oferecer um SUS integral e universal. Então, através das NOAS 01 e NOAS 02, debateu-se o território não somente como algo físico e geográfico, mas algo que faz muito além do que somente fronteiras, sendo institucionalizado pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR), que colocou o estado como coordenador e uniu regiões de saúde para fortalecimento do sistema de saúde entre si. O terceiro movimento denominado municipalização-regionalização-redes de atenção, manteve o que já havia construído, mas se consolidou com surgimento do Pacto pela Saúde que surgiu com o intuito de fortalecer o SUS, dando a cada ente federativo suas responsabilidades cabíveis.

O maior avanço sobre territorialização que se teve até hoje foi através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), mas a última publicação da terceira edição da PNAB em 2017, mostra a real situação que a Atenção Básica vive até os dias de hoje. O que vem sendo explicitamente proposto é a desconstrução do que foi levantado até agora, ou seja, a desterritorialização da AB. As formas essenciais de organização, a formação da equipe saúde da família e a falta de reconhecimento em relação a função dos agentes comunitários de saúde (ACS), são algumas que poderão ser propostas. Portanto, como projeto ainda não finalizado, a territorialização no âmbito da Atenção Básica está longe de se completar (FARIA, 2020).

Uma pesquisa de campo realizada por Cavalcante e colaboradores (2017), mostrou a fragilidade da realização da territorialização em um território. Foi encontrado dificuldades sociais que impactam negativamente na saúde das pessoas que residem

naquele local. Esgoto a céu aberto, dificuldade de acesso, foram uma dos problemas citados pelos pesquisadores e que a partir disso seja proposto a realização de ações educativas e preventivas para que haja mudança significativas e permanentes na vida dessa população.

### **Referências**

CAMARGOS, Melina Alves de; OLIVER, Fátima Corrêa. Uma experiência de uso do georreferenciamento e do mapeamento no processo de territorialização na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 1259-1269, 2020.

BUDAL, Aline Mitie Both et al. Construção de novo modelo de mapa inteligente como instrumento de territorialização na atenção primária. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 727-740, 2018.

CALISTRO, Monyelle de Oliveira et al. Territorialization using georeferencing and stratification of the social vulnerability of families in Primary Care. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2141-2148, 2021.

FARIA, Rivaldo Mauro de. A territorialização da atenção básica à saúde do sistema único de saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4521-4530, 2020.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

## 4.2 Tipo de estudo

O estudo metodológico, de desenvolvimento tecnológico, de abordagem qualitativa, que busca a construção de uma ferramenta (manual) de instrução para os profissionais que compõem a equipe de saúde da família no âmbito da Atenção Básica. Os participantes responderam às perguntas baseadas em uma entrevista semiestruturada, onde foi necessária uma reflexão por parte da pesquisadora sobre os temas propostos neste trabalho.

Segundo Sampieri (2013, p. 33) “o enfoque qualitativo utiliza a coleta de dados sem medição numérica para descobrir ou aprimorar perguntas de pesquisa no processo de interpretação. Ainda se guia por áreas ou temas significativos de pesquisa.”

## 4.3 Cenário da pesquisa

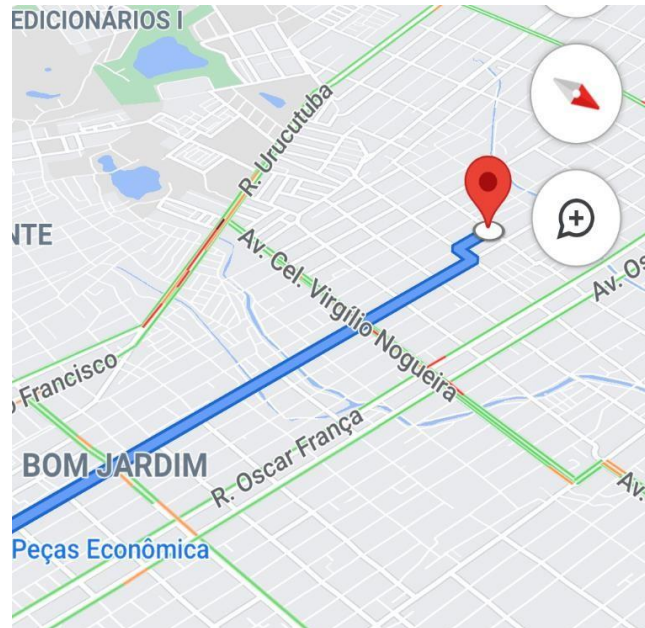
A Pesquisa foi realizada na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Guarany Mont’Alverne, e fica localizada na cidade de Fortaleza-Ce (Figura 2), mais precisamente na Regional V (Figura 3). A UAPS citada acima, tem cobertura populacional de aproximadamente 25 mil habitantes, sendo composta por 04 equipes de saúde família, segundo a PNAB 2017.

**Figura 2.** Mapa da cidade de Fortaleza-Ce.



Fonte: site Prefeitura de Fortaleza

**Figura 3.** Localização UAPS Guarany Mont'Alverne.



Fonte: google maps

#### **4.4 Participantes da pesquisa**

Segundo dados obtidos pelo Sistema de Cadastro de equipes de saúde do Ministério da Saúde, a UAPS Guarany Mont'Alverne, é composta por 04 equipes, 03 com equipe de saúde bucal e uma somente com a equipe de saúde da família. Ao todos são 04 médicos, 04 enfermeiros, 04 técnicos em enfermagem, 01 auxiliar em enfermagem e 37 agentes comunitários de saúde (ACS).

Os critérios de inclusão: todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família da UAPS Guarany Mont'Alverne. Não participaram os profissionais que estiverem afastados do trabalho por quaisquer que seja o motivo. Foram convidados 15 profissionais, obtendo retorno de apenas 03 indivíduos que participaram das entrevistas, sendo 01 médico, 01 enfermeira e 01 agente de saúde.

#### **4.5 Técnica e instrumento de coleta de dados e narrativas**

A técnica utilizada para coleta de dados foi a entrevista semiestruturada. A técnica de entrevista semiestruturadas que para Kahn & Cannell (MINAYO, 2004)

denominam “entrevista de pesquisa” como: “conversa a dois”, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador). O roteiro tem a função de “orientar uma conversa com finalidade “que é a entrevista, ele deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação” (MINAYO, 2004).

Foi realizada entrevista semiestruturada (com roteiro) (APÊNDICE A) com os participantes no decorrer do mês de julho de 2022. Durante as entrevistas, os participantes foram informados da gravação das falas que foram autorizadas através do TCLE. Após as entrevistas realizadas, a pesquisadora transcreveu as falas para um documento em Word. Durante as entrevistas foram abordados os seguintes temas:

- a) Conhecimento dos profissionais em relação a territorialização no estado do Ceará;
- b) Conhecimento dos profissionais em relação a territorialização na Atenção Básica;
- c) Se já participaram da construção da territorialização, como foi feita e quais dificuldades os mesmos poderiam encontrar.

#### **4.6 Aspectos éticos e legais**

Os sujeitos que participaram da pesquisa receberam uma carta convite (APÊNDICE B) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) após o esclarecimento da pesquisa, sendo assegurado o direito à privacidade, sigilo e acesso aos dados. O TCLE foi elaborado em linguagem acessível e segundo as Normas de Pesquisa em Saúde do Conselho Nacional de Saúde.

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). A pesquisa de campo foi iniciada após sua aprovação. A aprovação do comitê de ética ocorreu no mês de junho, com o número CAAE: 55012622.1.0000.5534 e aprovação: 5.457.004 (ANEXO 1). Os sujeitos entrevistados e observados tiveram acesso ao Parecer do CEP e ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado, afirmando assim a disponibilidade do sujeito para participar da pesquisa conforme Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016).

#### 4.7 Análise das narrativas e dos dados

A organização das entrevistas, foi feita através do programa MaxQDA, com o objetivo de identificação dos principais nós críticos de acordo com o tema proposto. Após a organização dos dados pelo MaxQDA, foi feita a Análise de Conteúdo Categorical temática utilizando como referencial o autor Bardin (2016, p. 280) com as seguintes fases para a sua condução: a) organização da análise; b) codificação; c) categorização; d) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos resultados.

Na primeira fase (Pré-análise) da análise de conteúdo categorial temática foi feita através das entrevistas realizadas. Sendo a pré-análise, a primeira etapa da organização da análise, onde o pesquisador organiza o material relevante à pesquisa. Nesta fase, o pesquisador analista deve sistematizar as ideias iniciais que é dividido em cinco etapas. (BARDIN, 2010). Na primeira das etapas da pré-análise, foi feita a leitura flutuante, onde o intuito é conhecer inicialmente o material. Na segunda etapa foram realizados recortes das mensagens. Posteriormente foi feita uma descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus (qualquer material textual coletado) submetido ao estudo aprofundado de acordo com o tema do objeto de estudo, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. As categorias foram criadas pelo MaxQDA e analisadas de acordo com os fragmentos das entrevistas.

Foram entrevistados 03 profissionais que compõem a equipe de saúde da UAPS Mont'alverne, onde 02 eram concursados e 01 contratado através de terceirização. Quanto ao sexo, 01 era homem e 02 mulheres (Quadro 3).

**Quadro 3.** Dados dos entrevistados

<b>Entrevistado</b>	<b>Idade</b>	<b>Tempo de Trabalho</b>
Médico	35	05 anos
Enfermeira	37	13 anos
Agente de Saúde	47	20 anos

Fonte: autoria própria, 2022.

Durante a entrevista, os sujeitos foram participativos, expondo situações do dia a dia em relação ao tema do estudo de acordo com a visão do seu vínculo

profissional. As entrevistas foram repassadas para o programa Word e exportada para o software MaxQDA para iniciar a análise qualitativa.

Foi gerada inicialmente uma nuvem de palavras com o intuito de produzir uma visão mais objetiva das narrativas. Pode-se identificar que a frequência das palavras “territorialização”, “dificuldade”, “organizar”, “cadastrar”, “comunidade”, “participação”, “capacitar” e “gestão” foram às palavras mais citadas durante a entrevista, assim, pode-se dizer que há limitações quanto execução da territorialização por parte da comunidade, fatores de riscos sociais dos territórios, a falta de integralidade de toda a equipe na construção da territorialização e falta de apoio da gestão.

Após a formação das nuvens de palavras, o software MaxQDA identificou 06 subcategorias partindo da quantidade das palavras mais frequentes durante as entrevistas. Foi realizada a reanálise e codificação das respostas dadas para cada pergunta foram identificadas 3 subcategorias que estão descritas na Figuras 4.

Ao todo foram feitas 04 perguntas para os três entrevistados, para codificação e cruzamento dos dados, cada pergunta representou uma codificação, sendo Pergunta 1 (cod 1); Pergunta 2 (cod 2); Pergunta 3 (cod 3) e Pergunta 4 (cod 4). No software MaxQDA há uma solicitação de identificação dos nós através do cruzamento dos dados das codificações, foram identificadas 02 nós principais entre o cruzamento desses dados que estão descritas na Figura 05.

**Figura 4.** Subcategorias



Fonte: MaxQDA, modificado pela autora, 2022

**Figura 5.** Codificação e identificação dos nós

Lista de Códigos	COD 4	COD 2	COD 3	COD 1
COD 4	0	1	0	0
COD 2	1	0	1	0
COD 3	0	1	0	1
COD 1	0	0	1	0

Fonte: MaxQDA, 2022

Após a identificação dos principais nós e subcategorias criadas, foi realizada a análise de Bardin seguindo suas etapas. As categorias identificadas foram: (1) O papel da Integralidade da equipe na Territorialização; (2) A gestão participativa na educação permanente e (3) as dificuldades da comunidade para cadastramento.

#### 4.7.1 Integralidade da equipe na Territorialização

A Integralidade é um dos princípios do SUS, trazendo com ela o peso da participação da equipe de saúde em todo o processo de construção de saúde. Não seria diferente para a territorialização, uma das maiores queixas dos entrevistados era a não participação dos sujeitos que fazem a equipe de saúde da Unidade de Atenção Primária (Figura 6).

Algumas falas dos entrevistados quando indagados sobre o que precisaria melhorar para a realização do processo de territorialização foram:

*“A disponibilidade de toda a equipe, a participação de todos, capacitação dos profissionais, acompanhamento da gestão. (entrevistado 1).*

*“Acredito que inicialmente seria uma capacitação através de educação permanente com toda a equipe, a integralidade de todos, dentistas, médicos, enfermeiros, agentes de saúde, gestão mais participativa e planejamento correto” (entrevistado 3).*

Já o entrevistado 2, não queria e não tinha interesse em participar da territorialização, quando o mesmo relata que já é sobrecarregado e não participa da territorialização.

Em um estudo realizado para o desenvolvimento da territorialização mostrou que o mapeamento foi feito de maneira participativa em saúde ambiental e do trabalhador e foi proposto um plano com ações intersetoriais, baseados na Política



Nacional de Atenção Básica (PNAB). As ações se baseiam nas relações produção-ambiente-saúde e potencializam o papel do controle social e poder público, usando critérios epidemiológicos em saúde ambiental e do trabalhador que contribuíram de forma positiva para a reorganização dos serviços de saúde da Atenção Básica, fortalecendo-a (PESSOA et al., 2013).

Quando feita a pergunta de número 2 “*Você já participou do processo de territorialização? como foi?*” Para os participantes, o entrevistado 2 relatou que nunca tinha participado, ficando somente a participação para enfermeira e agente de saúde, provando que não há interesse por parte de alguns profissionais para a execução do processo de territorialização, dificultando assim o trabalho de toda uma estratégia.

**Figura 6.** Nuvem de palavras



Fonte: MaxQDA, 2022.

#### 4.7.2 A gestão participativa na Educação Permanente

Outro ponto muito citado não somente em uma pergunta, foi a questão da Educação Permanente. Na pergunta: “*Quais as dificuldades que encontrou para a realização da territorialização?*” foram ditas as seguintes falas:

*“As dificuldades que mais tive foi violência, falta de adulto nas residências, pois as vezes só encontrava as crianças, recusa dos moradores, falta de integralidade da equipe, falta de educação permanente, falta de conhecimento” (entrevistado 1).*

*“Não participei” (entrevistado 2).*

*“A falta de conhecimento da equipe, agentes comunitários sem querer a redistribuição, a falta de Integralidade da equipe, gestão não participativa, falta de educação permanente” (entrevistado 3).*

A Política de Educação Permanente no Brasil foi instituída em fevereiro de 2004 através da Portaria de Número 198/GM/MS com o intuito de estabelecer melhoras permanentes no processo de trabalho, valorizar o servidor através de construção de conhecimento e causando impacto positivo nas ações de saúde e saúde dos usuários do serviço público (BRASIL, 2004).

O estado é responsável por dar suporte quanto à educação permanente em saúde e principalmente quando se trata de territorialização. Podemos afirmar que a Educação Permanente em Saúde necessita fazer parte do conjunto de serviços para a capacitação qualificada do profissional, portanto é necessário que seja implanta no Plano Anual de Saúde e através de Leis municipais que garantam a aplicação dessa Política de Saúde.

#### **4.7.3 As dificuldades encontradas na comunidade.**

Uma grande dificuldade encontrada durante o processo de territorialização são os riscos e determinantes do próprio território. Causas como violência, terrenos de geografia complicada, fatores sociais, contribuem para a deficiência de uma correta territorialização.

Durante a entrevista, dois dos entrevistados falaram sobre a dificuldade que encontram quando estão em campo:

*“As dificuldades que mais tive foi violência, falta de adulto nas residências, pois as vezes só encontrava as crianças, recusa dos moradores, falta de integralidade da equipe, falta de educação permanente, falta de conhecimento” (entrevistado 1)*

*“A violência encontrada em algumas localidades é uma das maiores dificuldades que encontro” (entrevistado 3).*

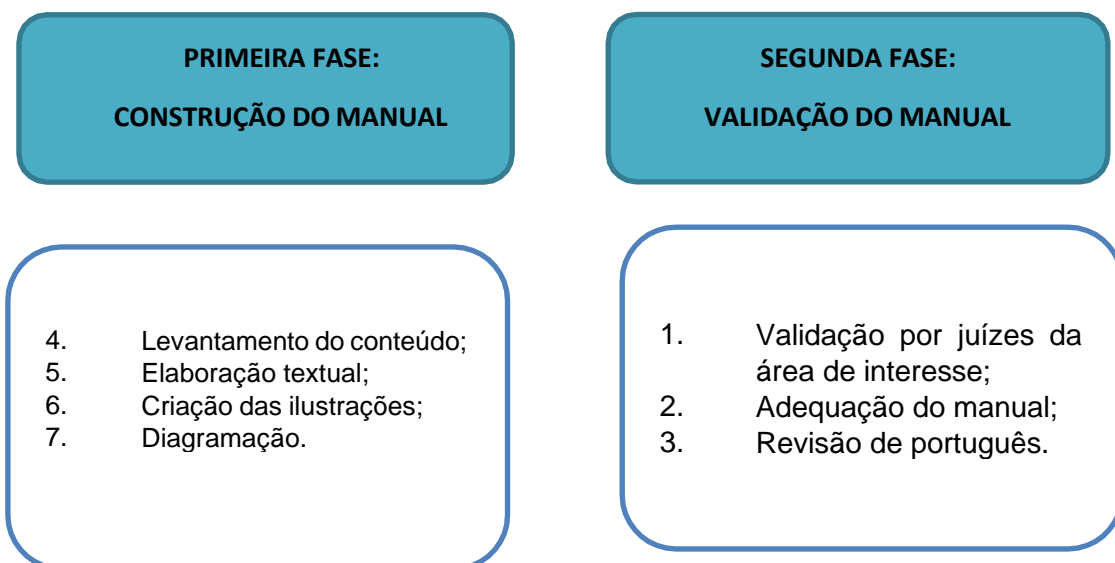
Uma pesquisa de campo realizada por Cavalcante e colaboradores (2017), mostrou a fragilidade da realização da territorialização em um território. Foi encontrado

dificuldades sociais que impactam negativamente na saúde das pessoas que residem naquele local. Esgoto a céu aberto, dificuldade de acesso, foram uma dos problemas citados pelos pesquisadores e que a partir disso seja proposto a realização de ações educativas e preventivas para que haja mudança significativas e permanentes na vida dessa população.

## 5 CONSTRUÇÃO DO PROTÓTIPO DO MANUAL

O manual é um recurso de metodologia tecnológica, visual, constituído por páginas, que possibilita o desenvolvimento de instruções lógicas, com imagens e cores impactantes. É utilizado para auxiliar em oficinas, palestras, aulas, eventos educacionais e qualquer que seja necessário o seu uso. O manual pode conter desenhos, mapas, quadros, gráficos, organogramas, letreiros, figuras que possam transmitir com clareza e objetividade o tema proposto (MELLO, 2004). As fases estão descritas na Figura 7.

**Figura 7.** Fases de construção do manual



Fonte: elaborado pela autora, 2022.

O conteúdo para compor o manual para utilização da plataforma eletrônica foi organizado por meio da realização de entrevistas semiestruturadas realizadas com os profissionais que compõem as equipes de saúde da família da UAPS Guarany Mont'Alverne. Essa etapa também inclui a fase de evidências científicas, onde foi realizado levantamento bibliográfico sobre estudos que tratam da territorialização na Atenção Básica no Brasil. Considera-se que os estudos selecionados subsidiaram a elaboração do manual. Após a conclusão dessa etapa exploratória, foi feita a união das informações necessárias para o planejamento da construção da tecnologia reunindo conhecimentos essenciais para a etapa subsequente que foi a de digitação, ilustração e design.

## 5.1 Primeira versão do manual

O manual de instrução para profissionais da Atenção Básica tem o objetivo de ajudar o processo de trabalho durante a execução da Territorialização em sua Unidade Básica de Saúde. A pesquisadora teve embasamento teórico diante da revisão de literatura e através das entrevistas realizadas e analisadas. Além da sua experiência tanto na assistência como na gestão da Atenção Primária em Saúde.

### 5.1.1 Composição do manual

O Manual intitulado “**Manual de Orientação: Territorialização na Atenção Básica**” (Figura 8), foi construído inicialmente pelo programa Word office, documento tipo doc. O Manual tem a seguinte composição:

1. Capa
2. Apresentação
3. Introdução
4. Objetivos do manual
5. Territorialização
6. Planejamento da Territorialização
7. Cadastramento
8. Elaboração de mapas
9. Consolidação dos dados
10. Diagnóstico da área
11. Informações dos relatórios do E-SUS
12. Demarcação das microáreas e áreas das equipes
13. Checklist

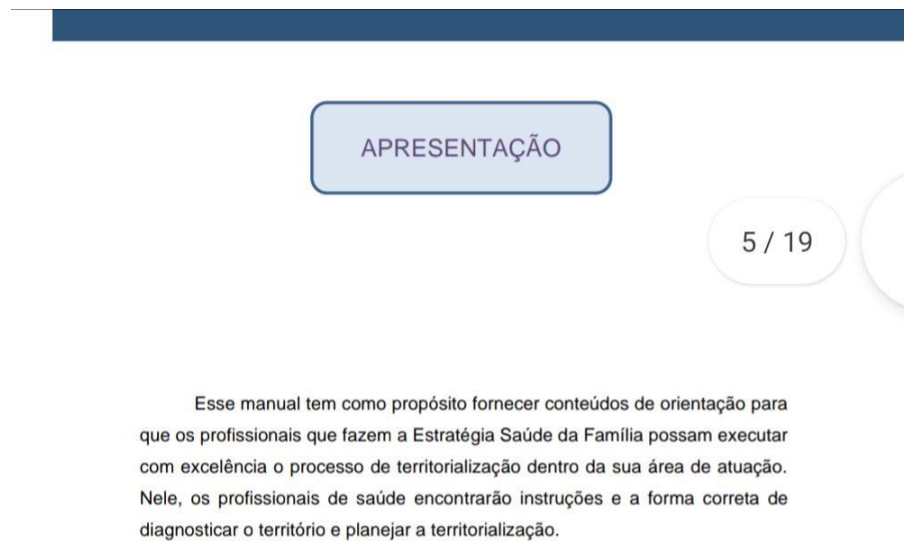
**Figura 8.** Capa do Manual de orientação



Fonte: autoria própria, 2022

Na “Apresentação”, a autora apresenta para os leitores o intuito do desenvolvimento do Manual e a importância do seu uso (Figura 9).

**Figura 9.** Tela Apresentação



Fonte: Manual de Orientação, 2022.

Os objetivos foram construídos de acordo com as etapas seguidas durante o processo de territorialização. O objetivo principal se baseia em transmitir conhecimento sobre a Territorialização de forma que a equipe de saúde possa executar e tenha bons resultados, transformando a maneira de trabalho permanentemente (Figura 10).

**Figura 10. Tela Objetivos****OBJETIVOS****3.1 Geral:**

Oferecer subsídios práticos e teóricos para a execução do processo de Territorialização e Diagnóstico de Área.

**3.2 Específicos:**

- Auxiliar a Coordenação e Gerência da Unidade Básica de Saúde (UBS) em conjunto a profissionais da APS, na delimitação/mapeamento dos limites das áreas de atuação dos serviços/equipes e microárea;
- Apresentar critérios para definição da população na área de abrangência da equipe;
- Auxiliar na identificação do perfil demográfico, epidemiológico, sócio-econômico-cultural e ambiental do território;
- Orientar a construção de mapas (geográfico e vivo);
- Estimular a equipe a conhecer a vivência da comunidade, assim como suas potencialidades e fragilidades;
- Promover a realização de diagnóstico de área para planejamento das ações compatíveis com as necessidades da população.

Fonte: Manual de Orientação, 2022.

No tópico ‘TERRITORIALIZAÇÃO’ foi descrito todo o planejamento e etapas a serem cumpridas, especificando e explicando cada uma de forma simples, objetiva, fazendo com que haja compreensão de todos os participantes da equipe de saúde da família. É composto pelos seguintes subtítulos: Planejamento da Territorialização, Cadastramento, Elaboração dos mapas e Consolidação dos dados (Figuras 11, 12 e 13).



**Figura 11. Tela Territorialização**

#### **4.1 Planejamento da Territorialização**

O planejamento deve ser uma ação conjunta com Coordenação Atenção Primária à Saúde, Gerência da Unidade Básica de Saúde e Equipe de Saúde da Família (eSF). Para operacionalizar a territorialização deve-se elaborar um planejamento de ações a serem executadas, como:

- a) Conhecer as legislações vigentes e outros materiais que contribuam com o processo de territorialização: (ANEXO I);
- b) Analisar documentos da territorialização anterior: projetos, mapas, atas de registro de reuniões;
- c) Realizar alinhamento e domínio de conceitos entre os profissionais da(s) equipe(s) através de oficinas;
- d) Buscar dados estratégicos que possam fornecer informações do território e da população;
- e) Visitar para reconhecer o território: a visita no território favorece a compreensão do local e objetiva o reconhecimento da área da equipe. Deve ser previamente acompanhada do mapa geográfico físico ou mapa virtual, para que sejam assinaladas as barreiras geográficas, áreas de risco, equipamentos sociais públicos ou privados, organizações não governamentais (ONG's), espaços de lazer, entre outros;
- f) Estimar o número de equipes necessárias à cobertura do território: no processo de planejamento deverá ser definido previamente o número de

Fonte: Manual de Orientação, 2022.

## Figura 12. Tela continuação Territorialização

equipes/profissionais que atuarão nas UBS. Considera-se para isso o perfil populacional, a estimativa de número de habitantes e as características do território, incluindo a vulnerabilidade social e de saúde;

g) Definir agenda de reuniões no território de saúde/UBS. Essas reuniões deverão ser formalizadas (pauta, lista de presença e registro em ata), e contar com a representação de todas as instâncias envolvidas (Gestão de Atenção Primária, representantes da comunidade e profissionais de saúde).;

h) Estabelecer o cronograma de execução de todo o processo e os responsáveis: representar graficamente a previsão da execução do projeto, no qual são indicados os prazos em que suas diversas fases deverão ser realizadas, data de início, responsáveis, período de desenvolvimento das atividades e data de encerramento;

### 4.2 Cadastramento

a) Levantamento do quantitativo de fichas de cadastramento necessárias e requisição dessas junto à área competente;

b) Organização dos profissionais da equipe para a realização do cadastro através da divisão da área a ser cadastrada entre os profissionais da equipe;

c) Elaboração de cronograma de visitas domiciliares de acordo com o planejamento da equipe, da unidade de saúde e da gestão local;

d) Execução das visitas domiciliares programadas para cadastro;

e) Preenchimento dos formulários específicos e coleta de informações complementares (identificar juntamente com a Gestão local quais fichas que são usadas para cadastro);

f) Digitação dos dados no sistema de informação;

g) Consolidação dos dados, por microáreas e área;

h) Análise de inconsistências e discussão entre as equipes e os gestores envolvidos.

### 4.3 Elaboração dos mapas

Após a consolidação dos dados e análise do território da UBS serão elaborados: o "mapa geográfico" (por área da UBS, de cada equipe e por microáreas - MA) e o "mapa vivo" (por equipe).

R

### Figura 13. Página Final Territorialização

a) O mapa geográfico deverá conter a identificação e delimitação da área de abrangência da equipe e microáreas dos ACS. Esse mapa é "alimentado" por informações geográficas. O mapa geográfico deve estar exposto à comunidade. Sugere-se a utilização de cores e legendas (ANEXO II);

b) O mapa vivo, quer seja físico ou virtual, registrará os dados relacionados à saúde da população adscrita, coletadas durante a territorialização. É chamado de mapa "vivo", porque o território é dinâmico e deve ser alterado a medida em que houver modificação (ANEXO III).

#### **4.4 Consolidação dos dados**

Após a coleta dos dados, preenchimento das fichas de cadastro, digitação nos sistemas de informação e consolidação dos dados, a equipe de saúde deve iniciar o processo de diagnóstico de área e planejamento das ações bem como as ações necessárias. Uma vez consolidados os dados sobre as famílias e suas áreas, as informações devem ser discutidas com toda a equipe de saúde e gestor da UBS.

Após levantamento dos dados coletados, indicadores de saúde relevantes para identificação de fatores determinantes da saúde, as Equipes de Saúde da Família poderão, junto com os representantes da comunidade e gestores realizar o planejamento do processo de trabalho de cada equipe e de toda UBS.

Fonte: Manual de Orientação, 2022.

No tópico "DIAGNÓSTICO DA ÁREA" foi enfatizado a importância do diagnóstico local e descrito como pode ser realizado o diagnóstico territorial. Os sistemas de informações em saúde são ricos em informações, então o diagnóstico é realizado através de dados retirados do sistema E-SUS, que é responsável por alimentação das ações em saúde da Atenção Básica (Figura 14).

## Figura 14. Tela Diagnóstico da Área

### DIAGNÓSTICO DA ÁREA

O diagnóstico se dá início a partir dos dados coletados no cadastro. Com base nas informações dos aspectos demográficos, culturais, socioeconômicos, e sanitários, assim como, seus principais indicadores, pode-se dar início a análise e planejamento das ações e serviços de saúde mais focais e efetivas em relação aos problemas identificados.

#### 5.1 Informações dos relatórios do E-SUS

- a) Tipo de imóvel;
- b) Condições de moradia: situação de moradia/posse da terra; localização; tipo de domicílio; condição de posse e uso da terra; tipo de acesso ao domicílio; material predominante na construção das paredes externas; disponibilidade de energia elétrica; abastecimento de água; tipo de água para consumo no domicílio; forma de escoamento do banheiro ou sanitário; destino do lixo;
- c) Animais no domicílio;
- d) Famílias: renda familiar;
- e) Total de usuários;
- f) Identificação do usuário;
- g) Tipo de saída do cidadão do cadastro: mudança de território ou óbito;
- h) Acamado, hanseníase, tuberculose, domiciliado, fumante, gestante, uso de álcool, outras drogas, PIC (Práticas Integrativas e Complementares), diabetes, hipertensão arterial sistêmica (HAS), câncer (CA), acidente vascular

10


cerebral (AVC), saúde mental, infarto, internação nos últimos 12 meses, se usa plantas medicinais;

- i) Informação sobre o peso (auto referido);
- j) Doença respiratória: asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) /enfisema, outras;
- l) Doença cardíaca, insuficiência cardíaca;
- m) Problemas renais;
- n) Cidadão em situação de rua.

Fonte: Manual de Orientação, 2022.

A Demarcação da Área é importante para a organização da equipe. A partir dela, pode-se identificar as famílias que correspondem a cada equipe de saúde da família e equipe de saúde bucal. Identificação de grupos de risco, microáreas, são pontos essenciais para haja uma correta distribuição (Figura 15).

**Figura 15.** Tela Demarcação da Área



DEMARCAÇÃO DAS  
MICROÁREAS E  
ÁREAS DAS EQUIPES

Alguns Pontos a serem identificados para a demarcação das microáreas:

- a) Identificar as microáreas de risco e grupos populacionais que concentram mais risco à saúde;
- b) Realizar avaliação dos dados adquiridos no cadastro, a fim de definir necessidade de mudança na delimitação de área e microárea;
- c) Rever alguma etapa do processo sempre que houver alterações na dinâmica do território;
- d) Discutir o diagnóstico com as demais equipes da UBS, gestores e representantes da comunidade;
- e) Redistribuir as áreas dentre as equipes, quando necessário, em conjunto com gestores, observando os parâmetros da legislação vigente;
- f) Planejar as ações assistenciais, considerando as prioritárias, face ao diagnóstico territorial realizado, aos moldes dos processos de trabalho da Estratégia Saúde da Família.

Para fixação do conteúdo descrito no manual e facilitar os profissionais, foi idealizado um checklist para a realização da territorialização (Figura 16).

**Figura 16. Checklist**

CHECKLIST PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO/DIAGNÓSTICO				
<b>EQUIPE/UBS/REGIÃO SAÚDE:</b>				
<b>COORDENADOR DA EQUIPE:</b>				
<b>PARTICIPANTES:</b>				
<b>DATA/ANO:</b>				
ETAPA/ITEM	SIM	NÃO	AÇÕES CORRETIVAS /DATA	RESPONSÁVEL (EIS)
1. Planejamento da territorialização				
1.1 Conhecer/rever legislações				
1.2 Analisar documentos de territorialização anterior				
1.3 Realizar alinhamento e domínio de conceitos (oficina)				
1.4 Buscar dados estratégicos				
1.5 Visitar/reconhecer o território				
1.6 Estimar número de usuários				
1.7 Estimar número de equipes necessárias				
1.8 Definir agenda de reuniões				
1.9 Estabelecer cronograma de execução				
2. Execução do cadastramento				
2.1 Levantar quantidade e requisitar fichas de cadastro				
2.2 Organizar os profissionais para o cadastro				
2.3 Elaborar cronograma de VD intercalado com a agenda de atividades				
2.4 Executar as VD's programadas				
2.5 Preencher formulários específicos e coletar informações complementares				
2.6 Corrigir as inconsistências				
2.7 Digitar as informações no sistema de informação				
2.8 Consolidar os dados por MA e área				
2.9 Análise de Inconsistências.				
3. Elaborar mapas				
3.1 Desenhar as áreas no mapa geográfico				
3.2 Registrar os dados (marcadores) no mapa vivo				
4. Diagnóstico de área				
4.1 Compilar as informações necessárias para o diagnóstico				
4.2 Demarcar as MA e área da equipe				
Identificar as MA's de risco				
Realizar a auto-avaliação				
Rever alguma etapa				
Apresentar o diagnóstico de área				
Redistribuir as áreas (se for o caso)				
Organizar/executar as ações				

Fonte: DF, 2019.

Também foram anexados, exemplos de mapas que podem ser usados na territorialização. Após a construção do manual, o produto foi validado por juízes especialistas e instrumentos de validações específicos.

## **6 VALIDAÇÃO DO MANUAL**

A validação é fundamental, importante e traz inúmeros benefícios para o seu produto desenvolvido. Por meio dessa análise, que envolve tanto um processo criativo, quanto analítico da aparência e conteúdo inseridos no produto.

### **6.1 Critérios de escolha de Juízes Especialistas**

O instrumento foi submetido à avaliação por um comitê de 06 juízes, graduados em cursos de nível superior (pós-graduação) e que atuam na Estratégia Saúde da Família. Inicialmente, todos os juízes especialistas receberam por e-mail carta convite (APÊNDICE D) e TCLE (APÊNDICE E). Apresentou o parecer da aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará.

Segundo Jasper (1994), aponta que um especialista em determinada área deve atender aos seguintes requisitos: possuir conhecimento adquirido pela experiência; possuir habilidade especializado que torna o profissional autoridade no assunto; possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo; possuir aprovação em um teste específico para identificar juízes; e possuir classificação alta atribuída por uma autoridade.

Os juízes participantes se caracterizaram por serem da área da saúde como: enfermagem, odontologia e fonoaudiologia. As características dos juízes especialistas estão descritas na Tabela 1.



**Tabela 1.** Caracterização dos juízes especialistas. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2022.

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Sociais</b>		
<b>Sexo</b>		
Masculino	04	66,7
Feminino	02	33,3
<b>Acadêmicas</b>		
<b>Formação profissional</b>		
Odontologia	03	50,0
Fonoaudiologia	01	16,6
Enfermagem	02	33,4
<b>Tempo de formação (em anos)</b>	Mín.= 5 anos; Máx. = 10 anos	
<b>Maior titulação</b>		
Especialização	02	33,3
Mestrado	03	50
Doutorado	01	16,7
<b>Dados profissionais</b>		
<b>Tempo de trabalho na área</b>		
Até 5 anos	02	33,3
Maior ou igual a 7 anos	04	66,6
<b>Habilidades/Conhecimentos adquiridos pela experiência</b>		
Atenção Básica	06	100
Participação em territorialização	02	33,3

f = frequência absoluta; % = frequência relativa; Mín.= valor mínimo; Máx.= valor máximo.  
 Fonte: elaboração própria, 2022.

Todos os juízes que validaram o conteúdo, também validaram a aparência.

## 6.2 Validação de Conteúdo- IVCES

Para validação de conteúdo, foi utilizado Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde – IVCES (ANEXO 2), onde o conteúdo como um todo precisa apresentar o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) maior ou igual a 0,8 (LOBIONDOWOOD, HABER, 2001). O IVC mede a proporção dos juízes em concordância sobre determinado aspecto do instrumento. É composto por três domínios: (1) OBJETIVOS: propósitos, metas ou finalidades; (2) ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência; (3) RELEVÂNCIA: significância, impacto, motivação e interesse.

Foi realizado três cálculos para alcance do resultado: (1) cálculo de cada item; (2) cálculo de cada domínios; (3) cálculo do IVC total. Os resultados estão descritos na Tabela 2. O IVC final (total) obteve o resultado de 0,98. Nos domínios Objetivos e Estrutura/apresentação somente dois itens tiveram a pontuação de 0,83, Nos itens apresentados obtiveram o IVCi total do primeiro domínio 0,93. O segundo, Estrutura e Apresentação apresentou somente um item concordo parcialmente, calculando um valor de 0,93 e o terceiro, Relevância, obteve resultado de 1,00, calculando assim todos os itens, resultou em um resultado satisfatório, alcançando acima da média estipulada de 0,80.

### 6.2.1 Fórmula para o cálculo do IVC

IVC = Número de respostas 3 ou 4

---

Número total de respostas

Escala de likert: 1= Discordo, 2=Não Concordo nem Discordo, 3=Concordo e 4=Concordo Totalmente.

**Tabela 2.** Testes para validade de conteúdo para o manual desenvolvido. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2022.

Itens	Concordância			IVCi	
	Discordo f(%)	Concordo parcialmente f(%)	Concordo totalmente f(%)		
<b>Objetivos</b>				<b>0,93</b>	
1	Contempla o tema proposto.	-	01 (16,7)	05 (83,3)	0,83
2	Adequado ao processo de ensino-aprendizagem	-	-	06 (100,0)	1,00
3	Esclarece dúvidas sobre o tema abordado	-	-	06 (100,0)	1,00
4	Proporciona reflexão sobre o tema.	-	-	06 (100,0)	1,00
5	Incentiva mudança de comportamento.	-	-	06 (100,0)	1,00
<b>Estrutura e apresentação</b>				<b>0,93</b>	
6	Linguagem adequada ao público-alvo.	-	-	06 (100,0)	1,00
7	Linguagem apropriada ao material educativo	-	-	06 (100,0)	1,00

8	Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo	-	-	06 (100,0)	1,00
9	Informações corretas	-	-	06 (100,0)	1,00
10	Informações objetivas	-	-	06 (100,0)	1,00
11	Informações esclarecedoras	-	-	06 (100,0)	1,00
12	Informações necessárias	-	-	06 (100,0)	1,00
13	Sequência lógica das ideias	-	-	06 (100,0)	1,00
14	Tema atual.	-	-	06 (100,0)	1,00
15	Tamanho do texto adequado.	-	1 (16,7)	05 (83,3)	0,83
<b>Relevância</b>					<b>1,00</b>
16	Estimula o aprendizado	-	-	06 (100,0)	1,00
17	Contribui para o conhecimento na área.	-	-	06 (100,0)	1,00
18	Desperta interesse pelo tema.	-	-	06 (100,0)	1,00
<b>IVC total</b>					<b>0,98</b>

$f$  = frequência absoluta; % = frequência relativa; IVCi = Índice de Validade de Conteúdo por item.

Fonte: elaboração própria.

### 6.3 Validação de Aparência- IVATES

O Instrumento usado para validação de aparência foi o Instrumento de Validação de Aparência de Tecnologias Educacionais em Saúde (IVATES) (SOUZA; MOREIRA; BORGES, 2020) (ANEXO 3), onde o mesmo se torna específico para validar a aparência de tecnologias educacionais que utilizam o recurso visual como elemento facilitador no processo de aprendizagem em saúde.

Os juízes especialistas participantes para a validação de aparência foram os mesmos da validação de conteúdo, cujo as características estão descritas na Tabela 1 e ao todo foram 06 especialistas de diversas áreas da saúde.

Na aparência, o índice de validação de aparência (IVA) foi calculado pela seleção dos itens com valores 4 (concordo) e 5 (concordo totalmente) escala likert, divididos pelo total de itens. Foram considerados validados os itens que obtiveram nível de concordância mínimo de 80% nas respostas positivas, já aqueles que

obtiveram nível menor serão analisados a fim de sofrerem as devidas correções (POLIT, BECK, 2019).

Na validade de aparência (Tabela 3), os índices, por item, apresentaram valor mínimo igual a 83% e máximo de 100% de concordância. Os itens que receberam índices de 83% foram o item: As ilustrações estão em tamanhos adequados no material educativo. Contudo, o IVA total foi considerado satisfatório (98,5%).

**Tabela 3.** Validade de aparência do manual desenvolvido. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2022.

Itens		Concordância					IVA i (%)
		Discordo totalmente f(%)	Discordo f(%)	Discordo parcialmente f(%)	Concordo f(%)	Concordo totalmente f(%)	
1	As ilustrações estão adequadas para o público-alvo.	-	-	-	01 (16,7)	05 (83,3)	100
2	As ilustrações são claras e transmitem facilidade de compreensão.	-	-	-	02 (33,4)	04 (66,6)	100
3	As ilustrações são relevantes para compreensão do conteúdo pelo público-alvo.	-	-	-	-	06 (100,0)	100
4	As cores das ilustrações estão adequadas para o tipo de material.	-	-	-	02 (33,4)	04 (66,6)	100
5	As formas das ilustrações estão adequadas para o tipo de material.	-	-	-	2 (33,4)	04 (66,6)	100
6	As ilustrações retratam o cotidiano do público-alvo da	-	-	-	-	06 (100,0)	100

	intervenção.						
7	A disposição das figuras está em harmonia com o texto.	-	-	-	01 (16,7)	05 (83,3)	100
8	As figuras utilizadas elucidam o conteúdo do material educativo.	-	-	-	-	06 (100,0)	100
9	As ilustrações ajudam na exposição da temática e estão em uma sequência lógica.	-	-	-	-	06 (100,0)	100
10	As ilustrações estão em quantidade adequadas no material educativo.	-	-	-	01 (16,7)	05 (83,3)	100
11	As ilustrações estão em tamanhos adequados no material educativo.	-	-	01 (16,7)	01 (16,7)	04 (66,6)	83
12	As ilustrações ajudam na mudança de comportamentos e atitudes do público.	-	-	-	-	06 (100,0)	100
	<b>IVAt</b>	-	-	-	-	-	<b>98,5</b>

IVAi = Índice de Validade de Aparência por item; IVAt = Índice de Valide de Aparência total.  
 Fonte: elaboração própria.

De posse dos resultados das validações, estando definidas as sugestões a serem acatadas, iniciou-se o processo de conclusão da versão definitiva do manual (ANEXO 4). Alguns juízes citaram ao fim do instrumento de validação instruções de melhorias para a imagem (aparência) do constructo, então, a pesquisadora realizou mudanças de imagens junto com técnico em informática para melhorar a aparência do Manual.

## **7 APLICABILIDADE E IMPACTO DO MANUAL**

Para a efetiva aplicabilidade será articulado com a Secretária de Saúde e Coordenadora da APS do município de Fortaleza, cenário dessa pesquisa, sobre a utilização deste Manual nas UAPS pelos gerentes, para que os mesmos possam ser orientados quanto a utilização do produto.

Acredita-se que as informações contidas no manual de orientação contribuirão diretamente para o processo de territorialização na Atenção Básica. As declarações de Impacto e Aplicabilidade estão nos APÊNDICES F e G.

O manual de orientação apresenta os impactos relacionados a educação em saúde á nível local e regional. Impacto tecnológico capaz de contribuir para o desenvolvimento local, regional e/ou nacional destacando os avanços no desenvolvimento de conhecimentos sobre a temática.

Impacto profissional: contribuição com a formação de profissionais que possam introduzir mudanças na forma como vem sendo exercida a profissão, com avanços reconhecidos pela categoria profissional.

## **8 REGISTRO**

O manual de orientação para territorialização na Atenção Básica foi encaminhado para a Câmara Brasileira do Livro pelo site <https://servicos.cbl.org.br>, para assim obter o Registro de Direito Autoral conforme Certificado de Registro de Direito Autoral (ANEXO 4) e ISBN: 978-65-00-52971-5 (International Standard Book Number / Padrão Internacional de Numeração de Livro).

## 9 CONCLUSÃO

A Atenção Básica é a porta de entrada do SUS para os usuários, é através dela que os problemas de saúde precisam ter resolutividade de até 80%. A organização da AB durante o passar dos anos nos traz preocupações quanto ao desmanche da mesma. Como foi relatado durante todo o trabalho a territorialização é essencial para a organização dos serviços e ações de saúde de uma determinada Unidade Básica de Saúde.

Apesar de todo conhecimento adquirido pela pesquisadora durante anos de experiência como gestora na Atenção Básica, a mesma identificou a dificuldade de organizar o território em que se trabalha e durante o estudo, foram identificadas diversas falhas. Quando não há um bom planejamento, as ações e serviços de saúde não são eficazes, prejudicando muitas vezes o acesso do usuário à equipe de saúde. Por esse motivo, a pesquisadora desenvolveu como produto um manual de orientação para a execução do processo de territorialização na Atenção Básica.

O manual foi construído baseado principalmente no diagnóstico local do território, pois só identificando as falhas, fraquezas socioeconômicas, violência do local em que a UBS está inscrita, que se poderá realizar a territorialização de forma satisfatória.

A participação da equipe como forma de integralidade foi um dos pontos mais citados entre os entrevistados, a falta de apoio entre os próprios profissionais, enfraquece a Atenção Primária à Saúde. Para que isso não ocorra, é necessário que a gestão esteja em conjunto com a equipe de saúde da família. Atuando mais de perto e dando todo subsídio necessário para a união, integralização da equipe.

O Manual de Orientação Territorialização na Atenção Básica foi validado, obtendo um ótimo índice de validação. Pode-se concluir que o trabalho de pesquisa teve sucesso em sua finalização.



## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Guilherme Bruno et al. Territorialização em saúde como instrumento de formação para estudantes de medicina: relato de experiência. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 16, n. 1, 2017.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BRASIL. Decreto no 7508, de junho de 2011. Brasília-DF, 2011.
- BRASIL. Lei no 8142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília, DF, 10 de fevereiro de 2008.
- BRASIL. Lei Orgânica da Saúde – Lei no 8080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 20 set. 1990, p.18.055.
- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 2017; 5 set.
- BUDAL, Aline Mitie Both et al. Construção de novo modelo de mapa inteligente como instrumento de territorialização na atenção primária. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 727-740, 2018.
- CALISTRO, Monyelle de Oliveira et al. Territorialization using georeferencing and stratification of the social vulnerability of families in Primary Care. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2141-2148, 2021.
- CAMARGOS, Melina Alves de; OLIVER, Fátima Corrêa. Uma experiência de uso do georreferenciamento e do mapeamento no processo de territorialização na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 1259-1269, 2020.
- DA SILVA, Áchelles Monise Batista et al. Territorialização em saúde na atenção primária: relato de experiência de acadêmicos em medicina. **Brazilian Journal of health Review**, v. 3, n. 4, p. 8793-8805, 2020.
- DE SOUSA, Luís Manuel Mota et al. A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. **Nº21 Série 2-Novembro 2017**, v. 17, 2017.
- DOS MINISTÉRIOS, Esplanada; SEDE, Edifício. Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1206-7, 2011
- FARIA, Rivaldo Mauro de. A territorialização da atenção básica à saúde do sistema único de saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4521-4530, 2020.
- GOYA, Neusa; DE ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. O sistema único de saúde e o desafio da gestão regionalizada e contratualizada. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 4, 2018.

LEITE, S. S. *et al.* Construction and validation of na Educational Content Validation Instrument in Health. **Rev Bras Enferm**, v. 71, suppl. 4, p. 1635-1641, 2018.

MARCOS, Ricardo Vitorino 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. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 20, n. 1, p. 83-90, 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

SAMPIERI, R. H.; CALLADO, C. F.; LÚCIO, M. P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

NEVES, Roberta Tavares Nobre de Alencar et al. Mapeamento do Território coberto pela USF Adelmo Alves Terto no município de São José do Belmonte. 2011.

POLIT, Denise F.; BECK, Chery.T.; HUNGLER; Bernadette.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROCHA, Fernando Luiz Ximenes. Direitos fundamentais na Constituição de 88. **THEMIS: Revista da Esmec**, v. 1, n. 2, p. 109-123, 2016.

SOUZA, Ana Célia Caetano de; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; BORGES, José Wicto Pereira. Desenvolvimento de instrumento para validar aparência de tecnologia educacional em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

TETEMANN, Edialy Cancian; TRUGILHO, Silvia Moreira; SOGAME, Luciana Carrupt Machado. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes/Universality and Territorialization in SUS: contradictions and tensions inherent. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 15, n. 2, p. 356-369, 2016.

## **APÊNDICE A- ROTEIRO DAS ENTREVISTAS**

**Nome:**

**Idade:**

**Sexo:**

**Tempo de atuação em serviço público de saúde:**

**Especialista/mestre/doutor:**

**Perguntas:**

1. Qual seu conhecimento quanto á Territorialização?
2. Você já realizou a territorialização?
3. Quais as dificuldades encontradas na execução da territorialização?
4. Quais as mudanças necessárias para que haja um bom processo de territorialização?

## **APÊNDICE B- CARTA CONVITE AOS ENTREVISTADOS**

Prezado (a),

Meu nome é Germana Alves dos Santos, sou enfermeira atuante na Estratégia Saúde da Família no município Fortaleza-Ce, mais precisamente na Unidade Básica de Saúde Guarany Mont'alverne e aluna do Mestrado profissional Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará (MEPGES/UECE). Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada "TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE MANUAL PARA ORIENTAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, sob a orientação da Professora Dra. Maria Salete Bessa Jorge. O objetivo geral da pesquisa é construir e validar o manual de instrução para os profissionais que constituem a equipe de saúde da família na Atenção básica, em relação a aplicação da territorialização. Caso deseje participar, pedimos que aceite este convite. Após concordância, apresentamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Solicitamos sua colaboração para que nos envie o material analisado de volta em um período máximo de 15 dias. Gostaríamos, se possível, que o (a) Sr.(a) indicasse mais especialistas nesta área, que possam colaborar com o estudo. Desde já, agradecemos seu valioso apoio e me coloco a sua disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Germana Alves dos Santos

Contato: (85) 989363378

E-mail: germana.santos@aluno.uece.br

## **APÊNDICE C– TCLE- AOS ENTREVISTADOS**

**TÍTULO DA PESQUISA: TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE MANUAL PARA ORIENTAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL: GERMANA ALVES DOS SANTOS**

Prezado (a) colaborador (a),

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa: **TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE MANUAL PARA ORIENTAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

A pesquisa tem como objetivos: Construir e validar o manual de instrução para os profissionais que constituem a equipe de saúde da família na Atenção básica, em relação a aplicação da territorialização. E seus desdobramentos descrever como a equipe de saúde da família atua na construção da territorialização na Atenção Básica; Descrever através da literatura quais as possíveis alternativas para territorialização na Atenção Básica; Construir uma tecnologia de orientação (manual) direcionada para os profissionais que fazem parte da equipe saúde da família; Validar a tecnologia desenvolvida (manual) junto aos juízes, trabalhadores da equipe saúde da família e gestores do mesmo setor em relação ao conteúdo e aparência. As respostas do (a) Sr. (a) serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a pesquisa sem nenhum prejuízo para você. A presente pesquisa acarretará riscos mínimos tais como: ansiedade ou constrangimento, diante de algum item do questionário a ser aplicado. Caso isso venha ocorrer a entrevista será interrompida, e será realizado um acolhimento, onde o participante será ouvido e esclarecido de todas as dúvidas que existirem em relação à pesquisa. Dependendo de suas condições, a pesquisa poderá ser retomada a qualquer momento se assim desejar, com o seu pleno restabelecimento e consentimento, ou caso preferir poderá o participante retirar o seu termo de consentimento e sair da pesquisa. Ainda visando manter a segurança e a privacidade do participante, os questionários serão realizados em uma sala reservada e climatizada. O benefício será levado para os profissionais dentistas que atuam no município de Fortaleza-Ce. Todas as informações que o (a) Sr. (a) nos fornece serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas avaliações ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em nenhuma parte da pesquisa, nem quando os resultados forem apresentados. Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento a pesquisadora responsável.

Nome do pesquisador responsável: GERMANA ALVES DOS SANTOS

Telefone para contato: (85) 989363378

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de ética

Nome do Comitê de Ética em Pesquisa:

Endereço: Avenida Silas Munguba, número: 1700- Campos do Itaperi,

CEP: 60741-000

Telefone: (85) 31019890

Cidade/Estado: Fortaleza/Ce

Caso o (a) Sr. (a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira. Se o (a) Sr. (a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

O sujeito de pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

O pesquisador responsável deverá, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

## CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza -Ce., \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do participante

## **APÊNDICE D- CARTA CONVITE AOS JUÍZES ESPECIALISTAS**

### **CARTA CONVITE AOS JUÍZES ESPECIALISTAS**

Prezado (a),

Meu nome é Germana Alves dos Santos, sou enfermeira atuante na Estratégia Saúde da Família no município Fortaleza-Ce, mais precisamente na Unidade Básica de Saúde Guarany Mont'alverne e aluna do Mestrado profissional Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará (MEPGES/UECE). Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada "TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE MANUAL PARA ORIENTAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, sob a orientação da Professora Dra. Maria Salete Bessa Jorge. O objetivo geral da pesquisa é construir e validar o manual de instrução para os profissionais que constituem a equipe de saúde da família na Atenção básica, em relação a aplicação da territorialização. Solicito por meio desta, sua colaboração como especialista em Gestão de saúde da família e ou larga experiência em tal atuação; para validação de conteúdo, aparência e usabilidade. Sua colaboração envolverá a apreciação e o julgamento das definições constitutivas e operacionais que compõem o construto. Caso deseje participar, pedimos que aceite este convite. Após concordância, apresentamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Solicitamos sua colaboração para que nos envie o material analisado de volta em um período máximo de 15 dias. Gostaríamos, se possível, que o (a) Sr.(a) indicasse mais especialistas nesta área, que possam colaborar com o estudo. Desde já, agradecemos seu valioso apoio e me coloco a sua disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Germana Alves dos Santos

Contato: (85) 989363378

E-mail: germana.santos@aluno.uece.br

## APÊNDICE E- TCLE AOS JUÍZES ESPECIALISTAS

TÍTULO DA PESQUISA: TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE MANUAL PARA ORIENTAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: GERMANA ALVES DOS SANTOS

Prezado (a) colaborador (a),

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa: TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE MANUAL PARA ORIENTAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A pesquisa tem como objetivos: Construir e validar o manual de instrução para os profissionais que constituem a equipe de saúde da família na Atenção básica, em relação a aplicação da territorialização. E seus desdobramentos descrever como a equipe de saúde da família atua na construção da territorialização na Atenção Básica; Descrever através da literatura quais as possíveis alternativas para territorialização na Atenção Básica; Construir uma tecnologia de orientação (manual) direcionada para os profissionais que fazem parte da equipe saúde da família; Validar a tecnologia desenvolvida (manual) junto aos juízes, trabalhadores da equipe saúde da família e gestores do mesmo setor em relação ao conteúdo e aparência. As respostas do (a) Sr. (a) serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a pesquisa sem nenhum prejuízo para você. A presente pesquisa acarretará riscos mínimos tais como: ansiedade ou constrangimento, diante de algum item do questionário a ser aplicado. Caso isso venha ocorrer a entrevista será interrompida, e será realizado um acolhimento, onde o participante será ouvido e esclarecido de todas as dúvidas que existirem em relação à pesquisa. Dependendo de suas condições, a pesquisa poderá ser retomada a qualquer momento se assim desejar, com o seu pleno restabelecimento e consentimento, ou caso preferir poderá o participante retirar o seu termo de consentimento e sair da pesquisa. Ainda visando manter a segurança e a privacidade do participante, os questionários serão realizados em uma sala reservada e climatizada. O benefício será levado para os profissionais dentistas que atuam no município de Fortaleza-Ce. Todas as informações que o (a) Sr. (a) nos fornece serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas avaliações ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em nenhuma parte da pesquisa, nem quando os resultados forem apresentados. Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento a pesquisadora responsável.

Nome do pesquisador responsável: GERMANA ALVES DOS SANTOS

Telefone para contato: (85) 989363378



Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de ética

Nome do Comitê de Ética em Pesquisa:

Endereço: Avenida Silas Munguba, número: 1700- Campos do Itaperi,

CEP: 60741-000

Telefone: (85) 31019890

Cidade/Estado: Fortaleza/Ce

Caso o (a) Sr. (a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira. Se o (a) Sr. (a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

O sujeito de pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

O pesquisador responsável deverá, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

## CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza -Ce., \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do participante

## APÊNDICE F- DECLARAÇÃO DE IMPACTO

**UECE**

Universidade Estadual do Ceará  
Pró - Reitoria de Pós Graduação e Pesquisa



MESTRADO PROFISSIONAL EM  
GESTÃO EM SAÚDE

**DISCENTE: Germana Alves dos Santos**

**Produto: Manual de Orientação Territorialização na Atenção Básica**

Declaro que de acordo com as dimensões de impactos de níveis sociais seja local, regional ou nacional, o presente produto atende aos seguintes impactos:

- a) Impacto social: formação de recursos humanos qualificados para a Administração Pública ou a sociedade que possam contribuir para o aprimoramento da gestão pública, e para a formação de um público que faça uso dos recursos da ciência e do conhecimento no melhoramento das condições de vida da população e na resolução dos mais importantes problemas sociais do Brasil.
- b) Impacto tecnológico: contribuição para o desenvolvimento local, regional e/ou nacional destacando os avanços na disseminação de técnicas e de conhecimentos que contribuam para maior efetividade da política de saúde.
- c) Impacto econômico: contribuição para maior eficiência nas organizações públicas ou privadas, tanto de forma direta como indireta.
- d) Impacto profissional: contribuição para a formação de profissionais que possam introduzir mudanças na forma como vem sendo exercida a profissão, com avanços reconhecidos pela categoria profissional.

Esses impactos serão enviados anualmente, com a finalidade de atender os avanços tecnológicos para o cuidado em saúde e mudanças na gestão.

-----  
Germana Alves dos Santos  
Concludente do curso de Mestrado MEPGES\_UECE

---

Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge  
Universidade Estadual do Ceará

Fortaleza, Ceará- 2022

## **APÊNDICE G- DECLARAÇÃO DE APLICABILIDADE**

### **DECLARAÇÃO DE APLICABILIDADE DO “MANUAL DE ORIENTAÇÃO TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA”**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

- Curso: Mestrado Profissional Gestão em Saúde - MEPGES
- Aluna: Germana Alves dos Santos
- Orientadora: Dra Emérita Maria Salete Bessa Jorge
- Produto desenvolvido: Manual de Orientação territorialização na Atenção Básica
- Local da pesquisa: Prefeitura Municipal de Fortaleza
- Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (Plataforma Brasil): com o número CAAE: 55012622.1.0000.5534 e aprovação: 5.457.004
- Ano: 2022

A finalidade deste documento é definir a autorização do produto Manual para os profissionais da Atenção Básica. A utilização será com todos os profissionais de saúde que fazem parte da Atenção Básica.

Foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica da cidade de Fortaleza-Ce. Os objetivos foram: Construir e validar o manual de instrução para os profissionais que constituem a equipe de saúde da família na Atenção básica, em relação a aplicação da territorialização. E seus desdobramentos descrever como a equipe de saúde da família atua na construção da territorialização na Atenção Básica; Descrever através da literatura quais as possíveis alternativas para territorialização na Atenção Básica; construir uma tecnologia de orientação (manual) direcionada para os profissionais que fazem parte da equipe saúde da família; validar a tecnologia desenvolvida (manual) junto aos juízes.

O presente produto foi validado pela sua aparência e conteúdo. O instrumento para validação de aparência foi o IVATES, que obteve o resultado de 98,5% de índice de aparência e para a validação de conteúdo foi usado o IVCES, onde obteve um resultado de 0,98 IVC. O Manual de orientação foi registrado na Câmara Brasileira do Livro, sob o ID:, que certifica que a obra intelectual se encontra registrada nos termos e normas legais da Lei nº 9.610/1998 dos Direitos Autorais do Brasil.

Fortaleza, \_\_\_\_\_

Pesquisadora:

Germana Alves dos Santos

Orientadora

Profa. Dra. Emérita Maria Salete Bessa Jorge- Universidade Estadual do Ceará

## ANEXO 1- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CEARÁ - UECE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE MANUAL PARA ORIENTAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

**Pesquisador:** GERMANA ALVES DOS SANTOS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 55012622.1.0000.5534

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.457.044

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa vinculado ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde, da UECE. Trata-se de pesquisa toma como objeto a territorialização em saúde, com a proposta de elaboração de uma manual para profissionais da Atenção Primária à Saúde. Será realizado no município de Fortaleza, mais especificamente na UAPS Guarany Mont'Alverne. Os participantes serão médicos, enfermeiros, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, perfazendo 46 participantes. Será realizada entrevistas com os participantes, como técnica de apreensão dos dados.

#### Objetivo da Pesquisa:

Geral: Construir e validar o manual de instrução para os profissionais que constituem a equipe de saúde da família na Atenção básica, em relação a aplicação da territorialização.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: riscos mínimos tais como: ansiedade ou constrangimento, diante de algum item do questionário a ser aplicado. Caso isso venha ocorrer a entrevista será interrompida, e será realizado um acolhimento, onde o participante será ouvido e esclarecido de todas as dúvidas que existirem em relação à pesquisa. Dependendo de suas condições, a pesquisa poderá ser retomada a qualquer momento se assim desejar, com o seu pleno restabelecimento e consentimento, ou

**Endereço:** Av. Silas Munguba, 1700

**Bairro:** Itaperi

**CEP:** 60.714-903

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-9890

**Fax:** (85)3101-9906

**E-mail:** cep@uece.br

Continuação do Parecer: 5.457.044

caso preferir poderá o participante retirar o seu termo de consentimento e sair da pesquisa.

Benefícios: será levado para os profissionais de saúde que atuam na atenção básica do município de Fortaleza, quanto a organização no processo de territorialização.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante e exequível. Tem o potencial de contribuir para a organização de processos de trabalho e das práticas de cuidado no território da estratégia saúde da família

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados adequadamente:

- 1) Projeto completo
- 2) Folha de rosto
- 3) Termo de anuência
- 4) TCLE
- 5) Cronograma e Orçamento

**Recomendações:**

Apresentar relatório final ao CEP

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A pesquisa não apresenta impedimentos éticos, pode ser iniciada

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1881346.pdf	01/05/2022 12:05:27		Aceito
Parecer Anterior	PBPARECERCONSUBSTANCIADO_CEP_5372801.pdf	01/05/2022 12:04:08	GERMANA ALVES DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOGERMANAALVES.docx	01/05/2022 12:03:33	GERMANA ALVES DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	GERMANAALVESDOSANTOSANUEN CIAE.pdf	01/05/2022 12:02:55	GERMANA ALVES DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TERMODECONSENTIMENTOLIVREEE SCLARECIDOGermana.docx	01/05/2022 12:01:50	GERMANA ALVES DOS SANTOS	Aceito



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 5.457.044

Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREEE SCLARECIDOGermana.docx	01/05/2022 12:01:50	GERMANA ALVES DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMADEATIVIDADESgerman a.docx	01/05/2022 11:36:45	GERMANA ALVES DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAD.pdf	08/01/2022 11:26:31	GERMANA ALVES DOS SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO.pdf	08/01/2022 11:25:12	GERMANA ALVES DOS SANTOS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 08 de Junho de 2022

---

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

**Endereço:** Av. Silas Munguba, 1700

**Bairro:** Itaperi

**CEP:** 60.714-903

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-9890

**Fax:** (85)3101-9906

**E-mail:** cep@uece.br



## ANEXO 2- IVCES

Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde.

OBJETIVOS: propósitos, metas ou finalidades			
1. Contempla tema proposto			
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem			
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado			
4. Proporciona reflexão sobre o tema			
5. Incentiva mudança de comportamento			
ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência			
6. Linguagem adequada ao público-alvo			
7. Linguagem apropriada ao material educativo			
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo			
9. Informações corretas			
10. Informações objetivas			
11. Informações esclarecedoras			
12. Informações necessárias			
13. Sequência lógica das ideias			
14. Tema atual			
15. Tamanho do texto adequado			
RELEVÂNCIA: significância, impacto, motivação e interesse			
16. Estimula o aprendizado			
17. Contribui para o conhecimento na área			
18. Desperta interesse pelo tema			

Nota: Valoração dos itens: 0 discordo; 1 concordo parcialmente; 2 concordo totalmente. Apresenta boa confiabilidade (ICC > 0,8) e valor p < 0,05.

FONTE : (LEITE et al., 2018)

### ANEXO 3- IVATES

Itens	1	2	3	4	5
	Discordo Totalmente	Discordo	Discordo Parcialmente	Concordo	Concordo Totalmente
1. As ilustrações estão adequadas para o público-alvo.					
2. As ilustrações são claras e transmitem facilidade de compreensão.					
3. As ilustrações são relevantes para compreensão do conteúdo pelo público-alvo.					
4. As cores das ilustrações estão adequadas para o tipo de material.					
5. As formas das ilustrações estão adequadas para o tipo de material.					
6. As ilustrações retratam o cotidiano do público alvo da intervenção.					
7. A disposição das figuras está em harmonia com o texto.					
8. As figuras utilizadas elucidam o conteúdo do material educativo.					
9. As ilustrações ajudam na exposição da temática e estão em uma sequência lógica.					
10. As ilustrações estão em quantidade adequadas no material educativo.					
11. As ilustrações estão em tamanhos adequados no material educativo.					
12. As ilustrações ajudam na mudança de comportamentos e atitudes do público alvo.					

Fonte: SOUZA; MOREIRA; BORGES, 2020.



# Manual de Orientação

## Territorialização na Atenção Básica

Germana Alves dos Santos  
Maria Salete Bessa Jorge

Fortaleza -2022

---



# 1ª EDIÇÃO

---

## **Autoria:**

Germana Alves dos Santos

Maria Salete Bessa Jorge

## **Colaboração:**

Prefeitura Municipal de Fortaleza

Universidade Estadual do Ceará

## **Endereço eletrônico:**

Germana.santos@aluno.uece.br

Contato: (85) 989363378



# SUMÁRIO

---

<b>1 APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>2 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>7</b>
<b>3.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>7</b>
<b>3.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>7</b>
<b>4 TERRITORIALIZAÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>4.1 Planejamento da territorialização.....</b>	<b>8</b>
<b>4.2 Cadastramento.....</b>	<b>9</b>
<b>4.3 Elaboração dos mapas.....</b>	<b>9</b>
<b>4.4 Consolidação dos dados.....</b>	<b>9</b>
<b>5 DIAGNÓSTICO DA ÁREA.....</b>	<b>11</b>
<b>5.1 Informações dos relatórios do ESUS.....</b>	<b>11</b>
<b>6 DEMARCAÇÃO DAS MICROÁREAS E ÁREAS DAS EQUIPES.....</b>	<b>13</b>
<b>7 CHECKLIST.....</b>	<b>14</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>16</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>17</b>

## APRESENTAÇÃO

---

Esse manual tem como propósito fornecer conteúdos de orientação para que os profissionais que fazem a Estratégia Saúde da Família possam executar com excelência o processo de territorialização dentro da sua área de atuação. Nele, os profissionais de saúde encontrarão instruções e a forma correta de diagnosticar o território e planejar a territorialização.

## INTRODUÇÃO

---

A territorialização é uma ferramenta utilizada pela Atenção Básica (AB), principal programa da Estratégia Saúde da Família (ESF). Auxilia na compreensão do processo saúde doença da população com o objetivo de permitir a realização do diagnóstico e identificando possíveis necessidades de intervenção para os problemas encontrados naquele determinado território.

É utilizada para definir área de atuação das ações e serviços de saúde com intuito de planejar as ofertas de serviços aos perfis da população daquela localidade de acordo com o seu diagnóstico. Esse processo de organização considera as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, atividades produtivas existentes, disponibilidade de serviços de saúde e articulação entre as regiões administrativas e municípios defronteiras.

Como proposta para correto diagnóstico situacional e intervenções em saúde, divide-se o território em área e microárea. *“A microárea, subdivisão da área, é realizada a partir da homogeneidade de grupos socioeconômicos e culturais, de risco ou não, com intuito de melhoria das condições de saúde; essa é composta de até 750 pessoas”* (PNAB, 2017).

Diante da experiência da pesquisadora como gestora de Unidades de Saúde na Atenção Básica em ver de perto a dificuldade no processo de territorialização e das publicações dessas normativas, observou-se a necessidade de elaboração deste Manual de Orientação na Territorialização com intuito de apresentar ferramentas para que as Equipes de Saúde da Família (eSF) realizem a territorialização e diagnóstico de suas áreas de abrangência.



## OBJETIVOS

---

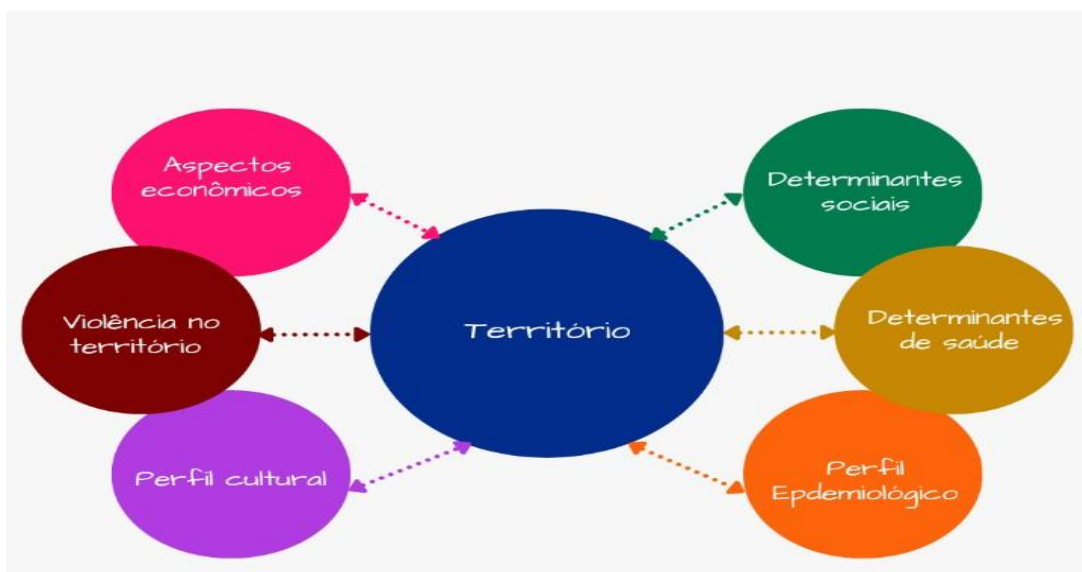
### 3.1 Geral:

Oferecer subsídios práticos e teóricos para a execução do processo de Territorialização e Diagnóstico de Área.

### 3.2 Específicos:

- Auxiliar a Coordenação e Gerência da Unidade Básica de Saúde (UBS) em conjunto a profissionais da APS, na delimitação/mapeamento dos limites das áreas de atuação dos serviços/equipes e microárea;
- Apresentar critérios para definição da população na área de abrangência da equipe;
- Auxiliar na identificação do perfil demográfico, epidemiológico, sócio- econômico-cultural e ambiental do território;
- Orientar a construção de mapas (geográfico e vivo);
- Estimular a equipe a conhecer a vivência da comunidade, assim como suas potencialidades e fragilidades;
- Promover a realização de diagnóstico de área para planejamento das ações compatíveis com as necessidades da população.

Figura1. Território e aspectos.



Fonte: elaboração própria.

## TERRITORIALIZAÇÃO

---

### 4.1 Planejamento da Territorialização

O planejamento deve ser uma ação conjunta com Coordenação Atenção Primária à Saúde, Gerência da Unidade Básica de Saúde e Equipe de Saúde da Família (eSF). Para operacionalizar a territorialização deve-se elaborar um planejamento de ações a serem executadas, como:

- a) Conhecer as legislações vigentes e outros materiais que contribuam com o processo de territorialização: (ANEXO I);
- b) Analisar documentos da territorialização anterior: projetos, mapas, atas de registro de reuniões;
- c) Realizar alinhamento e domínio de conceitos entre os profissionais da(s) equipe(s) através de oficinas;
- d) Buscar dados estratégicos que possam fornecer informações do território e da população;
- e) Visitar para reconhecer o território: a visita no território favorece a compreensão do local e objetiva o reconhecimento da área da equipe. Deve ser previamente acompanhada do mapa geográfico físico ou mapa virtual, para que sejam assinaladas as barreiras geográficas, áreas de risco, equipamentos sociais públicos ou privados, organizações não governamentais (ONG's), espaços de lazer, entre outros;
- f) Estimar o número de equipes necessárias à cobertura do território: no processo de planejamento deverá ser definido previamente o número de equipes/profissionais que atuarão nas UBS. Considera-se para isso o perfil populacional, a estimativa de número de habitantes e as características do território, incluindo a vulnerabilidade social e de saúde;
- g) Definir agenda de reuniões no território de saúde/UBS. Essas reuniões deverão ser formalizadas (pauta, lista de presença e registro em ata), e contar com a representação de todas as instâncias envolvidas (Gestão de Atenção Primária, representantes da comunidade e profissionais de saúde).;
- h) Estabelecer o cronograma de execução de todo o processo e os responsáveis: representar graficamente a previsão da execução do projeto, no qual são indicados os prazos em que suas diversas fases deverão ser realizadas, data de início, responsáveis, período de desenvolvimento das atividades e data de encerramento;

## **4.2 Cadastramento**

- a) Levantamento do quantitativo de fichas de cadastramento necessárias e requisição dessas junto à área competente;
- b) Organização dos profissionais da equipe para a realização do cadastro através da divisão da área a ser cadastrada entre os profissionais da equipe;
- c) Elaboração de cronograma de visitas domiciliares de acordo com o planejamento da equipe, da unidade de saúde e da gestão local;
- d) Execução das visitas domiciliares programadas para cadastro;
- e) Preenchimento dos formulários específicos e coleta de informações complementares (identificar juntamente com a Gestão local quais fichas que são usadas para cadastro);
- f) Digitação dos dados no sistema de informação;
- g) Consolidação dos dados, por microáreas e área;
- h) Análise de inconsistências e discussão entre as equipes e os gestores envolvidos.

## **4.3 Elaboração dos mapas**

Após a consolidação dos dados e análise do território da UBS serão elaborados: o “mapa geográfico” (por área da UBS, de cada equipe e por microáreas - MA) e o “mapa vivo” (por equipe).

- a) O mapa geográfico deverá conter a identificação e delimitação da área de abrangência da equipe e microáreas dos ACS. Esse mapa é “alimentado” por informações geográficas. O mapa geográfico deve estar exposto à comunidade. Sugere-se a utilização de cores e legendas (ANEXO II);
- b) O mapa vivo, quer seja físico ou virtual, registrará os dados relacionados à saúde da população adscrita, coletadas durante a territorialização. É chamado de mapa “vivo”, porque o território é dinâmico e deve ser alterado a medida em que houver modificação (ANEXO III).

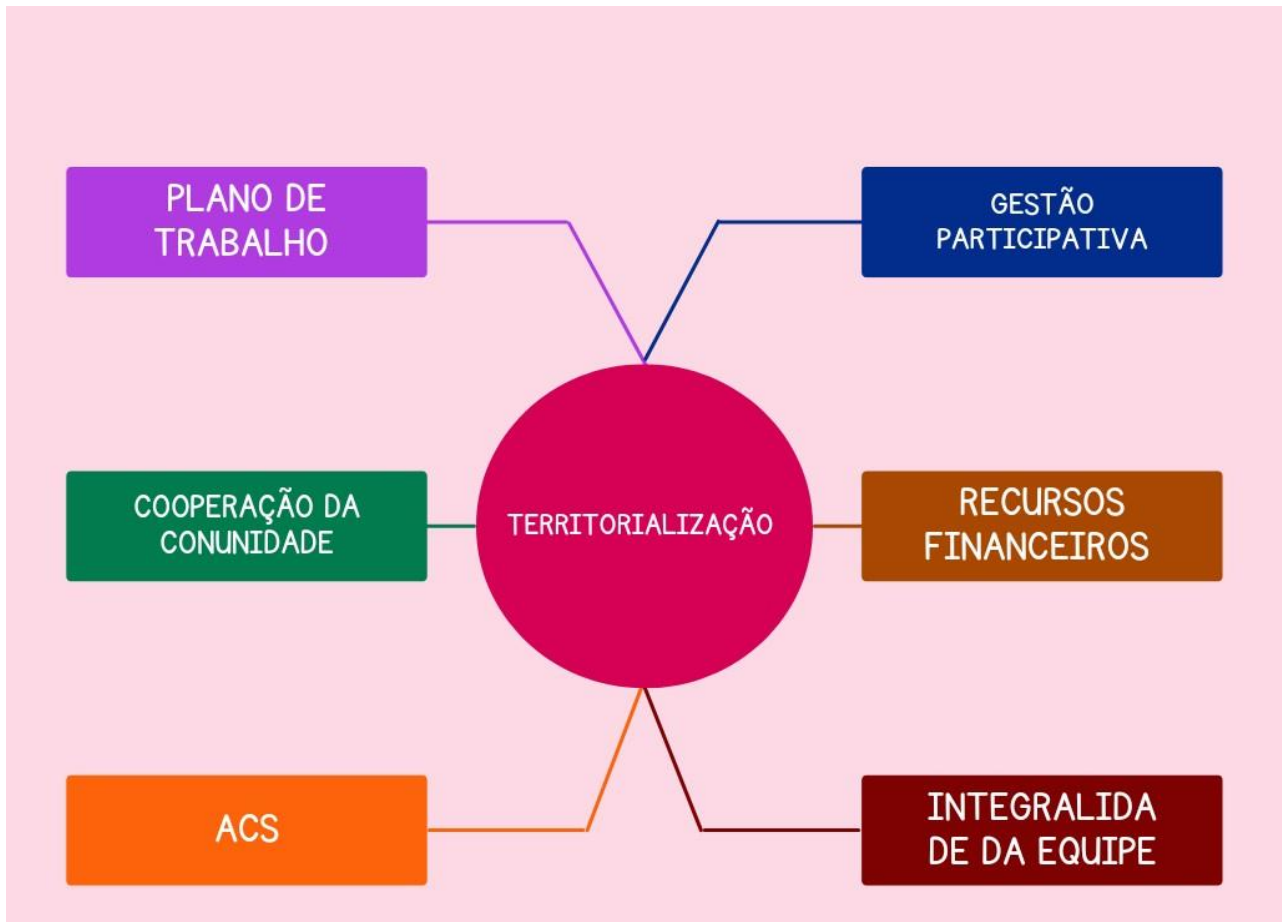
## **4.4 Consolidação dos dados**

Após a coleta dos dados, preenchimento das fichas de cadastro, digitação nos sistemas de informação e consolidação dos dados, a equipe de saúde deve iniciar o processo de diagnóstico de área e planejamento das ações bem como as ações necessárias. Uma vez consolidados os dados sobre as famílias e suas áreas, as informações devem ser discutidas com toda a equipe de saúde e gestor da UBS.

Após levantamento dos dados coletados, indicadores de saúde relevantes para identificação de fatores determinantes da saúde, as Equipes de Saúde da Família poderão, junto com os

representantes da comunidade e gestores realizar o planejamento do processo de trabalho de cada equipe e de toda UBS.

Figura 2. Condições de execução da territorialização



Fonte: elaboração própria

## DIAGNÓSTICO DA ÁREA

---

O diagnóstico se dá início a partir dos dados coletados no cadastro. Com base nas informações dos aspectos demográficos, culturais, socioeconômicos, e sanitários, assim como, seus principais indicadores, pode-se dar início a análise e planejamento das ações e serviços de saúde mais focais e efetivas em relação aos problemas identificados.

### 5.1 Informações dos relatórios do E-SUS

Tipo de imóvel;

a) Condições de moradia: situação de moradia/posse da terra; localização; tipo de domicílio; condição de posse e uso da terra; tipo de acesso ao domicílio; material predominante na construção das paredes externas; disponibilidade de energia elétrica; abastecimento de água; tipo de água para consumo no domicílio; forma de escoamento do banheiro ou sanitário; destino do lixo;

b) Animais no domicílio;

c) Famílias: renda familiar;

d) Total de usuários;

e) Identificação do usuário;

f) Tipo de saída do cidadão do cadastro: mudança de território ou óbito;

Acamado, hanseníase, tuberculose, domiciliado, fumante, gestante, uso de álcool, outras drogas, PIC (Práticas Integrativas e Complementares), diabetes, hipertensão arterial sistêmica (HAS), câncer (CA), acidente vascular cerebral (AVC), saúde mental, infarto, internação nos últimos 12 meses, se usa plantas medicinais;

g) Informação sobre o peso (autorreferido);

h) Doença respiratória: asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)

/enfisema, outras;

i) Doença cardíaca, insuficiência cardíaca;

j) Problemas renais;

l) Cidadão em situação de rua;

Figura 3. Sistemas de informação Atenção Básica/territorialização



Fonte: elaboração própria

## DEMARCAÇÃO DE MICROÁREA E ÁREA DAS EQUIPES

Alguns Pontos a serem identificados para a demarcação das microáreas:

- a) Identificar as microáreas de risco e grupos populacionais que concentram mais risco à saúde;
- b) Realizar avaliação dos dados adquiridos no cadastro, a fim de definir necessidade de mudança na delimitação de área e microárea;
- c) Rever alguma etapa do processo sempre que houver alterações na dinâmica do território;
- d) Discutir o diagnóstico com as demais equipes da UBS, gestores e representantes da comunidade;
- e) Redistribuir as áreas dentre as equipes, quando necessário, em conjunto com gestores, observando os parâmetros da legislação vigente;
- f) Planejar as ações assistenciais, considerando as prioritárias, face ao diagnóstico territorial realizado, aos moldes dos processos de trabalho da Estratégia Saúde da Família.

Figura 4. Etapas da Territorialização



Fonte: elaboração própria.

## CHECKLIST

CHECKLIST PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO/DIAGNÓSTICO				
EQUIPE/UBS/REGIÃO SAÚDE:				
COORDENADOR DA EQUIPE:				
PARTICIPANTES:				
DATA/ANO:				
ETAPA/ITEM	SIM	NÃO	AÇÕES CORRETIVAS /DATA	RESPONSÁVEL (EIS)
1. Planejamento da territorialização				
1.1 Conhecer/rever legislações				
1.2 Analisar documentos de territorialização anterior				
1.3 Realizar alinhamento e domínio de conceitos (oficina)				
1.4 Buscar dados estratégicos				
1.5 Visitar/reconhecer o território				
1.6 Estimar número de usuários				
1.7 Estimar número de equipes necessárias				
1.8 Definir agenda de reuniões				
1.9 Estabelecer cronograma de execução				
2. Execução do cadastramento				
2.1 Levantar quantidade e requisitar fichas de cadastro				
2.2 Organizar os profissionais para o cadastro				
2.3 Elaborar cronograma de VD intercalado com a agenda de atividades				
2.4 Executar as VD's programadas				
2.5 Preencher formulários específicos e coletar informações complementares				
2.6 Corrigir as inconsistências				
2.7 Digitar as informações no sistema de informação				
2.8 Consolidar os dados por MA e área				



2.9 Análise de Inconsistências.				
3. Elaborar mapas				
3.1 Desenhar as áreas no mapa geográfico				
3.2 Registrar os dados (marcadores) no mapa vivo				
4. Diagnóstico de área				
4.1 Compilar as informações necessárias para o diagnóstico				
4.2 Demarcar as MA e área da equipe				
Identificar as MA's de risco				
Realizar a auto-avaliação				
Rever alguma etapa				
Apresentar o diagnóstico de área				
Redistribuir as áreas (se for o caso)				
Organizar/executar as ações				

Fonte: DF, 2019.

## REFERÊNCIAS

---

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XXII Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Origem: PRT MS/GM 2436/2017) - Ministério da Saúde.
2. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica: manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistemas de Informações em Saúde. <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES (site) <http://cnes.datasus.gov.br/>.
5. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária de Saúde/DF. Aprovada pela deliberação nº 25 – DODF de 18/11/2016. Brasília, 2019.
6. SANTOS, M. Metamorfoses do espaço habitado. Hucitec. São Paulo; 2000.
7. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. Índice de Vulnerabilidade da Saúde 2012. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte.
8. TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Inf. Epidemiol. Sus, Brasília , v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.

---

## ANEXOS

### ANEXO I – Legislações

1. Anexo I da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
2. Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2 GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).
3. DECRETO 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei 8080/1990 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde- SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Interfederativa, e dá outras providências.
4. LEI nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Descentralização político administrativa, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.
5. LEI nº. 8.142, DE 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
6. PORTARIA Nº. 1823 de 23 de agosto de 2012. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.
7. RESOLUÇÃO nº. 01, de 29 DE setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde



# ANEXOS

## ANEXO III- Exemplo de mapa vivo



Fonte: google maps.



## CERTIFICADO DE REGISTRO DE DIREITO AUTORAL

A Câmara Brasileira do Livro certifica que a obra intelectual descrita abaixo, encontra-se registrada nos termos e normas legais da Lei nº 9.610/1998 dos Direitos Autorais do Brasil. Conforme determinação legal, a obra aqui registrada não pode ser plagiada, utilizada, reproduzida ou divulgada sem a autorização de seu(s) autor(es).

Responsável pela Solicitação:

Germana Alves Santos

Participante(s):

Germana Alves dos Santos (Autor) | Maria Salete Bessa Jorge (Autor)

Título:

Manual de Orientação Territorialização na Atenção Básica

Data do Registro:

19/09/2022 10:42:28

Hash da transação:

0x3ca19dfa25d6cd20214a23c5e4f714690117ce101867029fe255e5ac84a56674

Hash do documento:

7a2ef1e573e9712eed296e28de4c07b34ce4dc34abff9ce7eb56af796f426414

Compartilhe nas redes sociais



[clique para acessar  
a versão online](#)