



Artigo Original

O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO REALIZADO PELOS ALUNOS DO CURSO DE MEDICINA DA UESB ENTRE AGOSTO DE 2004 E JANEIRO DE 2005

THE TERRITORIALIZATION PROCESSED REALIZED BY THE MEDICINE STUDENTS OF THE STATE UNIVERSITY OF SOUTHWEST OF BAHIA BETWEEN AUGUST, 2004 AND JANUARY, 2005

Resumo

Rafael Fernandes Oliveira¹
Ivan de Sousa Araújo¹
Ana Luíza Alves¹
Milena Lopes de Miranda¹
Hermes Reis Silva¹
Cláudia Leal de Macêdo¹
Carla Cristiane Pinheiro¹

A territorialização compreende uma das etapas do Programa de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC), desenvolvido no curso de Medicina da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), cujo objetivo geral é integrar os alunos às práticas da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua essência fundamenta-se na investigação direta da realidade para compreensão efetiva desta, possibilitando posterior intervenção. Durante as tardes das segundas-feiras letivas, entre agosto de 2004 e janeiro de 2005, os estudantes de Medicina da UESB fizeram a territorialização nas áreas de abrangência da Equipe II da Unidade de Saúde da Família (USF) do Miro Cairo, da Equipe I da USF da URBIS VI e da Equipe II da USF de Vilas Serranas. Subdivididos em três grupos de dez estudantes, cada grupo atuava em um bairro, onde acompanhava, supervisionados por um instrutor, a rotina de visitas de um agente comunitário de saúde. Durante as visitas, observavam-se as condições de vida da comunidade e realizavam-se entrevistas com a população e com a equipe de saúde sobre os principais problemas de saúde da região. Desse modo, a atividade de territorialização no PIESC ajuda a caracterizar a realidade local de saúde e integrar o ensino à situação de saúde da população / comunidade / família. Constatou-se ausência de saneamento básico em todos os bairros; grande quantidade de animais soltos nas ruas; grande número de famílias por agente ou por equipe; alto índice de violência em determinadas áreas; populações carentes; ausência de unidades policiais nas áreas e falta de conscientização dos moradores quanto ao processamento do lixo. Além disso, constatou-se a existência de projetos sociais e práticas religiosas que interferiam na realidade local de saúde. Assim, conclui-se que a realidade de saúde dessas áreas é insustentável e a necessidade de intervenção é urgente.

Palavras-chave: territorialização, integração, saúde, família.

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)
Vitória da Conquista – BA – Brasil

E-mail
rfa_1002@yahoo.com

Abstract

The territorialization embraces one of the Schooling, Service and Community Integration Program (PIESC – Programa de Integração Ensino, Serviço, Comunidade) stages, developed at the Bahia's Southwest State University (UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia) Medicine School, whose general objective is to integrate the students to the practices of the Family Health Strategy and to the Brazilian Unique System of Health. Its essence is based on the direct reality investigation in order to understand it, which makes a subsequent intervention possible. During Monday's school afternoons between August, 2004 and January, 2005, the Medicine students from UESB made the territorialization in the Miro Cairo's Health Family Unit's group II inclusion areas, in the Vilas Serranas' Health Family Unit's group II inclusion areas and in the URBIS VI Health Family Unit's group I inclusion areas, three different districts areas in Vitória da Conquista, Bahia. Subdivided in three groups of ten students, each group acted on a different district, where it accompanied, supervised by an instructor, a health community agent's visits routine. During the visits, the conditions of the community's life were observed and the population and the Family Health team were interviewed about the main health problems in the area. Thus, the territorialization practice at PIESC helps to characterize the local health reality and to integrate the medical school to the health situation of the population, the community and the family. Students noticed absence of basic sanitation in all district areas; great amount of animals loosened in the streets; great number of families accompanied by a health community agent or by the Family Health team; high violence index in certain areas; lacking populations; no policemen station in the areas and lack of the residents' consciousness about the garbage proceeding. Besides, it was verified the existence of social projects and local religious practices that interfered in the local health reality. Thereby, the observed areas health realities are unsustainable and intervention is urgently needed.

Key words: territorialization, integration, health, family.

Introdução

A territorialização é um processo de observação e caracterização da realizada local de uma região. É uma etapa de grande importância para a Estratégia de Saúde da Família/SUS por permitir o planejamento de ações de saúde direcionadas às necessidades de uma determinada comunidade.

Aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo presidente da República Fernando Collor de Melo, a lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, viabiliza a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988. Este consiste no conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público¹.

O SUS apresenta cinco princípios básicos: universalização de acesso aos serviços de saúde, descentralização político-administrativo, integralidade

da assistência, equidade e participação da comunidade². A sua criação tem sido analisada como a mais bem sucedida reforma da área social empreendida sob o novo regime democrático, tendo em vista o seu caráter universal e igualitário³. Nesse âmbito foi criado em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF) que tem como proposta a identificação de situações que afetam a vida familiar e cuja solução vai além das possibilidades do setor de saúde⁴. Atualizar a referência que transforma o Programa em Estratégia de Saúde da Família, fortalecendo a mesma como o caminho para viabilizar os princípios do SUS.

A ESF propõe uma mudança do objeto de atenção (valoriza o núcleo familiar em vez do indivíduo isolado), da forma de atuação (integração entre população e as equipes de saúde), e de organização geral dos serviços (integra os vários níveis de atenção). Ele prioriza as ações de promoção, prevenção e proteção e recuperação da saúde de qualquer indivíduo, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Esse programa está estruturado na Unidade de Saúde da Família (USF) com equipe multiprofissional que assume a responsabilidade por uma determinada população⁵.

A transformação da assistência médica proposta pelo PSF acaba por interferir, até mesmo intencionalmente, nas faculdades de medicina, bases do ensino médico, as quais são forçadas a acompanhar mais de perto tais mudanças, participando ativamente do novo modelo assistencial⁶.

No Programa de Integração Ensino, Serviço e Comunidade – PIEESC, atividade curricular desenvolvida no curso de Medicina da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), os alunos têm uma participação gradativa nas Unidades de Saúde da Família nos quatro primeiros anos de curso. O estudante passa por uma série de etapas, as quais começam com a observação da realidade local através da territorialização, o que ajuda o aluno na compreensão da dinâmica do PSF/SUS, os papéis de cada componente da equipe e o reconhecimento da área, através da territorialização⁶.

A territorialização, largamente utilizada em educação em saúde e etapa inicial da implantação das Equipes de Saúde da Família, caracteriza-se por ser um processo de observação, identificação e reconhecimento de área. Engloba um conjunto de ações para identificação de barreiras geográficas e das condições sanitárias locais, além de caracterização dos aspectos socioeconômicos e culturais, com a finalidade de conhecer as necessidades de saúde de uma comunidade, para que as ações de saúde se tornem mais objetivas, precisas e eficazes na sua realização⁷.

Esse trabalho foi realizado pelos alunos do primeiro ano do curso de Medicina da UESB – Campus Vitória da Conquista, onde a territorialização é atividade curricular do PIEESC. Esta é importante para a caracterização das condições de saúde, socioeconômicas, sanitárias, etc., pois refletem a realidade local de saúde de Vitória da Conquista podendo facilitar posteriores intervenções nas políticas públicas. O objetivo desse artigo é descrever como a territorialização é realizada pelos alunos e apresentar os resultados encontrados nas áreas de abrangência da Equipe II da Unidade de Saúde da Família (USF) do Miro Cairo, da Equipe I da USF da URBIS da Equipe II da USF de Vilas Serranas.

Metodologia

Durante as tardes das segundas-feiras letivas compreendidas entre agosto de 2004 e janeiro de 2005, os estudantes do curso de Medicina da UESB fizeram a territorialização nas áreas de abrangência da Equipe II da Unidade de Saúde da Família (USF) do Miro Cairo, da Equipe I da USF da URBIS da Equipe II da USF de Vilas Serranas. Subdivididos em três grupos de dez estudantes, cada grupo atuava em um bairro, onde acompanhava, supervisionados por um instrutor, a rotina de visitas de um agente comunitário de saúde. Durante as visitas, analisavam-se as condições de vida da comunidade, através da observação direta, levando em consideração os dados sobre: barreiras geográficas (valas, ribanceiras, córregos, escadarias, inexistência de vias de acesso, terrenos baldios, etc.); condições sanitárias da área (esgoto a céu aberto, lixo, fossas, poços, pocilgas, abatedouros, etc.); estabelecimentos econômicos da população (mercados, postos de vendas de “geladinhos”, cabeleireiro, padarias, etc.); práticas religiosas locais (igrejas, terreiros, etc.) e serviços oferecidos (escolas, creches, hospitais, etc.).

Além da observação direta das condições de vida da comunidade, foram utilizados os dados do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, com o objetivo de complementar as informações coletadas em campo. Também foram realizadas entrevistas com a população, com lideranças locais e com a equipe da USF sobre os principais problemas de saúde, os fatores que influenciam no processo saúde–doença e sobre a organização dos serviços de saúde a nível local.

Após esse trabalho, cada equipe de PIESC elaborou um relatório final, contendo todos os dados observados e coletados. Os dados presentes neste trabalho foram obtidos por meio desses relatórios.

As atividades de territorialização realizadas para a elaboração do presente trabalho fazem parte das atividades curriculares do curso de Medicina da Universidade Estadual do Sudeste da Bahia e, para sua realização, não foi consultado parecer de Comitê de Ética.

Resultados

Equipes de Saúde da Família: composição e cobertura

Antes de iniciar o processo de territorialização em áreas de abrangência das unidades de Saúde da Família do Miro Cairo, de Vilas Serranas e da URBIS VI, foi analisada a composição dessas equipes. A composição das equipes estudadas pode ser observada na tabela 1.

A equipe 2 da USF Miro Cairo atende 1.158 famílias e 4.583 habitantes, distribuídas em 6 microáreas. A equipe cobre quatro bairros, sendo eles Loteamento Henriqueta Prates, Loteamento Águas do Remanso, Loteamento Laje Grande e Loteamento Recanto das Águas (Secretaria Municipal de Saúde⁸).

A equipe 2 da USF Vilas Serranas atende 1.263 famílias e 5.221 habitantes, distribuídos em 8 microáreas. A equipe cobre dois bairros, sendo

eles Vila Serrana IV e Cidade Maravilhosa, e parte de Vila Serrana III (Secretaria Municipal de Saúde⁸).

Tabela 1. Composição das equipes de saúde avaliadas na territorialização em áreas de abrangência das unidades de Saúde da Família do Miro Cairo, de Vilas Serranas e da URBIS VI.

Profissionais	Equipes		
	Miro Cairo Equipe 2	Vilas Serranas Equipe 2	URBIS VI Equipe 1
Médico	1	1	1
Enfermeiro	1	1	1
Auxiliar de enfermagem	2	3	3
Agentes Comunitários de Saúde	6	8	7
Odontólogo	1	1	1
ACD ou THB*	1	1	1

*ACD= Atendente de consultório dentário / THB=Técnico de higiene bucal.

A equipe 1 da USF URBIS VI atende 1.547 famílias e 6.291 habitantes, distribuídos em 7 microáreas. A equipe cobre dois bairros, sendo eles URBIS VI e Morada Real (Secretaria Municipal de Saúde⁸).

Os dados de cobertura das equipes estão resumidos na tabela 2.

Tabela 2. Cobertura das equipes de saúde avaliadas na territorialização em áreas de abrangência das unidades de Saúde da Família do Miro Cairo, de Vilas Serranas e da URBIS VI.

Cobertura	Equipes		
	Miro Cairo Equipe 2	Vilas Serranas Equipe 2	URBIS VI Equipe 1
Número de microáreas	6	8	7
Número de famílias	1.158	1.263	1.547
Número de habitantes	4.583	5.221	6.291

Condições sanitárias e geográficas

Através do processo de territorialização, observaram-se diretamente as condições sanitárias e geográficas das regiões estudadas.

Na área de abrangência da Equipe 2 da USF Miro Cairo, observou-se:

- Nenhuma das ruas dos bairros possui algum tipo de calçamento;
- Na maioria das ruas existe iluminação pública, mas em alguns pontos há grande distância entre os postes, com regiões mal iluminadas;
- Não há saneamento básico, observando-se esgoto exposto (“a céu aberto”) na maioria das ruas;
- Em todos os locais visitados, existem terrenos baldios contendo lixo na vegetação;

- Nesses terrenos (e também em algumas ruas), podem-se observar animais circulando livremente (cavalos, jumentos, cabras, porcos, galinhas, urubus, cachorros doentes e com ferimentos expostos, etc.);
- Há terreno acidentado na região do Recanto das Águas, nas proximidades da Horta Comunitária;
- Nas regiões do Henriqueta Prates, Recanto das Águas e Loteamento Remanso, há somente uma linha de transporte coletivo. O único ônibus circulante no local é o “Henriqueta Prates via Loteamento Remanso”, em intervalos que duram de 40 minutos a 1 hora;

Na área de abrangência da Equipe 2 da USF Vilas Serranas, observou-se:

- A maior parte das ruas não é pavimentada, sendo que a Avenida Principal, em Vilas Serranas, tem pavimentação asfáltica, assim como algumas ruas da Cidade Maravilhosa por onde circulam ônibus;
- Falta de um sistema de canalização que dê vazão aos dejetos e à água dos conjuntos habitacionais, sendo constantes as fossas e esgotos a céu aberto;
- Grande quantidade de terrenos baldios, cobertos por lixo e repleto de animais, principalmente em Cidade Maravilhosa. Também se observam animais soltos pelas vias públicas, como urubus, galinhas, cavalos e, principalmente, cachorros;
- Presença de lixo espalhados em praticamente todas as ruas, principalmente nas mais distantes da Avenida Principal.
- Na região, há ausência de barreiras geográficas, como terrenos acidentados, valas, barrancos ou ausência de vias de acesso às casas.
- Há transportes coletivos em toda a área de abrangência, com ônibus freqüentes;

Na área de abrangência da Equipe 1 da URBIS VI, observou-se:

- A maior parte dos caminhos não é pavimentada, sendo que a maior parte das ruas é calçada.
- Presença de esgotamento sanitário com inexistência de esgotos a céu aberto;
- Escassez de lixo nas ruas e em terrenos baldios;
- Poucos animais soltos pelas ruas, principalmente caninos e cavalos;
- Ausência de barreiras geográficas e fácil acesso às moradias;
- Facilidade de acesso a transportes coletivos, com linhas abundantes.

Condições econômicas, sociais e culturais

Na área de abrangência da Equipe 2 da USF Miro Cairo observou-se:

- Há casos de desemprego. A maioria das pessoas trabalha sem carteira assinada e os principais tipos de emprego são: pedreiros, serventes, feirantes, carregadores, empregadas domésticas, agricultores, etc. Em algumas famílias, a renda é proveniente somente da aposentadoria de algum dos membros. Muitas pessoas sobrevivem por causa das doações da população;

- Presença de estabelecimentos comerciais, como salões de beleza, mercadinhos, açougues, bares, motéis, casas de jogos eletrônicos e casa de prostituição. Não existem farmácias, postos policiais e postos do correio.
- Uma Igreja Católica e várias igrejas evangélicas, além de um centro de candomblé.
- Creches (como a Creche Municipal Gelásio Zera Alves dos Santos), escolas (Escola Municipal Profª. Lisete Pimentel Mármore e Escola Municipal Gildásio Pereira Castro). Dentre as escolas da área, não existem de ensino médio e algumas não possuem ensino da 5ª à 8ª série do ensino fundamental.
- Presença de Associação de Moradores local no Centro Comunitário Recanto das Águas.
- Presença de projetos sociais, como Recicla Conquista, Projeto Galpão, Projeto Segundo Tempo, Projeto Conquista Criança, Programa da AABB, Bolsa Alimentação.

Na área de abrangência da Equipe 2 da USF Vilas Serranas, observou-se:

- Casas simples e humildes, com elevado número de habitantes em algumas delas, em decorrência da escassez de condições financeiras. Algumas habitações extremamente pobres e de circunstâncias subumanas, onde foram observadas muitas crianças mal nutridas, descalças e sujas, aparentando não desfrutarem de qualquer cuidado;
- Presença abundante de estabelecimentos comerciais, principalmente nas Vilas Serranas, com destaque para padarias, mercados e bares. Já na Cidade Maravilhosa, são quase inexistentes. Não foram vistas farmácias, nem postos policiais;
- Presença de escolas, tanto públicas como particulares. Entretanto, há ausência de creches infantis;
- Presença de igrejas em número considerável, principalmente as evangélicas. Há, ainda, um centro de candomblé na região;
- Não há dados de desemprego no relatório Territorialização de Vilas Serranas.

Na área de abrangência da Equipe 1 da USF URBIS VI, observou-se:

- Grande parte da população pertencente a classe média baixa. A maioria dos moradores trabalha em bairros próximos ao centro da cidade, porém a inauguração das fábricas da Umbro e da Dilly na URBIS VI empregou vários moradores;
- Comércio relativamente desenvolvido, podendo-se encontrar farmácias, supermercados, padarias, restaurantes, soverterias, lojas de vestuário, vídeo locadoras e uma unidade dos correios. Também há um posto policial na região, que funciona das 17:00h às 23:00h;
- Presença de uma Igreja Católica, algumas igrejas batistas, uma Igreja Universal do Reino de Deus e um Centro de Umbanda;
- A sede da Associação dos Moradores está desativada;
- Abundância de usuários de drogas, tanto lícitas quanto ilícitas.
- Não há dados de desemprego no relatório Territorialização de URBIS VI.

Condições de saúde

Quanto às condições de saúde e os problemas mais freqüentes, no ano de 2004, foram encontrados os seguintes registros, de acordo com o Sistema de Informação de Atenção Básica, na área de abrangência da Equipe 2 da USF Miro Cairo:

- A média anual de Diabéticos cadastrados é de 31, sendo que 84% são devidamente acompanhados pela USF;
- A média anual de hipertensos cadastrados é de 76, sendo que 84% são devidamente acompanhados pela USF;
- Houve 01 caso de tuberculose cadastrado, e este recebe acompanhamento pela USF;
- Os principais tipos de atendimento dos pacientes da USF – Miro Cairo são: puericultura (17,45%), atendimento pré-natal (13,56%), prevenção de carcinoma cérvico-uterino (2,37%), DST/AIDS (0,07%) e hipertensão arterial (6,81%);
- Média anual do número de gestantes cadastradas é de 43, sendo que 23,26% tem idade menor 20 anos; 97,67% são acompanhadas pela USF e 95,24% fez pré-natal no mês em que ocorreu a coleta dos dados.

Na área de abrangência da Equipe 2 da USF Vilas Serranas, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus foram os problemas mais relevantes:

- 0,68% da população é diabética,
- 94,12% dos diabéticos são acompanhados pela USF, enquanto 5,88% não são.
- Segundo dados do SIAB, entre janeiro e agosto de 2004, estavam cadastrados 27 diabéticos; destes, somente um não estava acompanhado.
- 5,08% da população é hipertensa.
- 96,85% dos hipertensos são acompanhados pela USF, enquanto 3,15% não são.
- De janeiro a novembro de 2004, segundo dados do SIAB, houve uma média de 207 hipertensos, sendo que apenas 196 foram acompanhados.

Na área de abrangência da Equipe 1 da USF URBIS VI, foram encontrados 77 diabéticos, 383 hipertensos e 57 gestantes, segundo informações das agentes comunitárias de saúde da equipe.

Discussão

O objetivo do processo de territorialização realizado pelos alunos do curso de Medicina da UESB é caracterizar a realidade local das regiões estudadas onde posteriormente poderão desenvolver ou mesmo intervir na realidade local dessas áreas. Além disso, discutiram-se temas de saúde pública, como o PSF e o SUS, aliando conhecimentos teóricos a atividades práticas.

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes

multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade⁹.

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 600 a 1.000 mil famílias de uma determinada área, não ultrapassando 4.500 habitantes, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, por prestar assistência integral, permanente e de qualidade e por realizar atividades de educação e promoção da saúde⁹.

A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS. A equipe de saúde da família deve conhecer as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica⁹.

Nesse sentido, a sobrecarga de famílias observada em todas as equipes estudadas traz prejuízos na medida em que impossibilita o conhecimento dos habitantes da área de abrangência e de suas necessidades específicas e dificulta o planejamento de ações educativas de prevenção e promoção de saúde. Isso desvirtua duas características básicas do PSF: o entendimento do indivíduo no seu contexto familiar e social e a realização de ações de prevenção primária.

Apesar da sobrecarga, todas as equipes estudadas obedecem aos parâmetros mínimos exigidos pelo Ministério da Saúde. A composição das equipes do PSF vem sofrendo modificações ao longo do tempo. Inicialmente eram compostas, no mínimo, por um médico de família ou generalista, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde¹⁰. No ano 2000, as equipes passaram a incorporar um odontólogo e um atendente de consultório dentário ou um técnico de higiene dental. Cada equipe de saúde bucal acompanhava as famílias cadastradas por duas equipes de PSF¹¹.

Outro aspecto do PSF é o entendimento de que a saúde e a doença na população são componentes dos processos de reprodução social determinados histórica e socialmente e, portanto, não podem ser explicados exclusivamente nas dimensões biológica e ecológica¹². Dessa forma, é importante entender como as condições sociais da população podem interferir no processo saúde-doença. Para tal compreensão, é fundamental conhecer a população a ser trabalhada, o que só pode ser conseguido através do processo de territorialização.

Nas regiões estudadas, observam-se populações de baixo nível sócio-econômico que sofrem as agruras da marginalização social: fome, desemprego, dificuldades de acesso à educação, precárias condições de infraestrutura urbana e poucas opções de lazer. Essas populações estão mais suscetíveis a certos agravos de saúde, como: desnutrição, doenças parasitárias, doenças infecto-contagiosas, abuso de álcool e outras drogas, entre outros. Observa-se, também, baixa adesão ao tratamento de doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes mellitus, fazendo com que essas doenças tenham mais impacto nessas populações. Outro aspecto importante é a falta de consciência sobre a importância dos métodos contraceptivos, sendo elevado os índices de gravidez precoce e de doenças sexualmente transmissíveis.

Apesar dos problemas encontrados neste trabalho, podê-se inferir que o PSF melhorou o atendimento e as condições de saúde das populações estudadas. O acompanhamento às famílias, embora não esteja sendo feito de forma adequada, devido à sobrecarga das equipes, permite um maior controle das doenças e seus agravos, além de realizar um eficaz trabalho de prevenção.

Os dados obtidos neste estudo só puderam ser obtidos através do processo de territorialização. Esse processo é um estágio fundamental para o planejamento de políticas públicas de saúde, realizado como pré-requisito para instalação das Unidades Básicas de Saúde e também como atividade acadêmica do curso de Medicina da UESB, fazendo parte do Programa de Integração Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC).

Percebe-se que a territorialização configura-se como um importante estágio na formação de profissionais integrados à realidade local de saúde, permitindo a maior compreensão dos fatores que interferem no processo saúde-doença, ajudando a formar profissionais críticos, conhecedores da realidade local através da integração do ensino à situação de saúde da população / comunidade / família.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil], Brasília, de 19 set.; 1990. p. 18055.
2. Andrade OM, Barreto ICHC, Goya N. Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. SANARE: Revista Sobralense de Políticas Públicas. Sobral – Ceará, ano IV, n 1, jan/fev/mar. 2003.
3. Lima JC. História das lutas sociais por saúde pública no Brasil. Trabalho Necessário 2006; 4(4).
4. Batista CS, Silva MFT, Aragão RCA. Relatório Parcial: Territorialização

- URBIS VI. 2005. 11 f. Relatório – Curso de Graduação em Medicina, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Vitória da Conquista – BA; 2005.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: Construindo Municípios Saudáveis a partir da Reorientação do Modelo de Assistência à Saúde. Brasília, DF; 1988.
 6. Alves AL, Silva HR, Aguiar LM. Relatório parcial do PIEESC I: A primeira etapa do contato com a realidade. 2005. 36 f. Relatório – Curso de Graduação em Medicina, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Vitória da Conquista – BA; 2005.
 7. Almeida RF, Miranda ML, Araújo IS. Monografia coletiva sobre territorialização. 2005. 23 f. Relatório – Curso de Graduação em Medicina, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Vitória da Conquista – BA; 2005.
 8. Secretaria Municipal de Saúde; Secretaria de Assistência à Saúde; DAB - DATASUS. Sistema de Informação de Atenção Básica. Vitória da Conquista; 2004.
 9. Brasil Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
 10. Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
 11. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais, Interface – Comunic Saúde, Educ 2005; 9(16): 25-38.

Endereço para correspondência

Av. Luís Eduardo Magalhães, 140. Ed. Strauss,
Apt° 02- Bairro Candeias.
Vitória da Conquista – Bahia - Brasil
CEP: 45000-000

Recebido em 29/10/2006

Aprovado em 26/12/2006