

A importância da análise qualitativa para a construção de manual de orientação em territorialização

Mariana Vieira de Melo Bezerra¹

Davi Oliveira Bizerril¹

Maria Salete Bessa Jorge¹

Roseane Maria Silvino¹

Maria Janete Rocha Lima²

RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever a importância da pesquisa qualitativa para construção de manual de orientação para profissionais de saúde na execução do processo de territorialização na Atenção Básica. Por esse motivo, foi desenvolvido um projeto de estudo tecnológico e metodológico de abordagem qualitativa para a construção de um manual de orientação para os profissionais de saúde que compõem a equipe de saúde da família da Atenção Básica sobre a temática de Territorialização. Foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde da UAPS Guarany Montalverne, na cidade de Fortaleza-CE, foram entrevistados três profissionais de saúde. A análise das narrativas foi realizada por meio do *software* MaxQDA e análise categorial temática de Bardin. Após a realização das análises, foi desenvolvido o Manual de Orientação tendo como base a literatura científica, entrevistas realizadas e documentos oficiais do governo. O produto foi validado por juízes especialistas em relação à sua aparência (IVATES) e conteúdo (IVCES), em que obtiveram dados satisfatórios. Pode-se concluir que a análise qualitativa é de grande importância para subsidiar a construção de manual de orientação ou qualquer que seja a tecnologia educativa na área da saúde. O produto terá validade em relação a sua usabilidade posteriormente com o público-alvo (profissionais da saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde).

Palavras-chave: territorialização; equipe de saúde da família; atenção básica.

ABSTRACT

The objective of the study was to describe the importance of qualitative research for the construction of a guidance manual for health professionals in the execution of the process of territorialization in Primary Care. For this reason, a methodological technological study project with a qualitative approach was developed for the construction of an orientation manual for health professionals who make up the Primary Care family health team on the theme of Territorialization. Interviews were conducted with health professionals from UAPS Guarany Montalverne, in the city of Fortaleza-Ce, 03 health professionals were interviewed. The analysis of the narratives was performed using the MaxQDA software and Bardin's thematic categorical analysis. After carrying out the analyses, the Guidance Manual was developed based on scientific literature, interviews and official government documents. The product was validated by expert judges regarding its appearance (IVATES) and content (IVCES), where they obtained satisfactory data. It can be concluded that the qualitative analysis is of great importance to support the construction of a guidance manual or whatever the educational technology in the health area may be. The product will be validated in relation to its usability later with the target audience (health professionals who work in Primary Health Care).

Keywords: territorialization; family health team; basic attention.

1 Universidade Estadual do Ceará

2 Universidade Federal do Ceará

1 INTRODUÇÃO

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, pela Lei Orgânica nº 8080 (Brasil, 1990), o SUS ganhou força, sendo assim institucionalizado e organizado em alguns princípios que o regem. 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 a hierarquização organizam o acesso aos serviços e ações em saúde pública, dando suporte para uma regionalização efetiva e eficaz (Faria, 2020).

O território brasileiro, para 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 – em que a principal 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 por meio de um diagnóstico situacional local, tendo a Atenção Básica (AB), como ordenadora 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 do fortalecimento de uma base que deve funcionar de forma universal como porta de entrada e comando único do sistema (Faria, 2020).

Pode-se destacar que o processo de territorialização ainda não está concluído de maneira eficaz; poderá ir mais além, e falamos que ele 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); atualmente está em vigor a PNAB 2017, que trata de questões de grande importância, como organização e estruturação de equipe que compõe a Estratégia Saúde da Família (ESF) e sua devida distribuição (Brasil, 2017).

Diante de toda experiência vivida pela pesquisadora, que trabalha 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, este estudo tem o objetivo de descrever a importância da pesquisa qualitativa para construção de manual de orientação para profissionais de saúde na execução do processo de territorialização na Atenção Básica.

2 METODOLOGIA

Por meio de 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, quando foi necessária uma reflexão por parte da pesquisadora sobre os temas propostos neste trabalho. Segundo Sampieri, Callado e Lúcio (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.”.

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

Segundo dados obtidos pelo Sistema de Cadastro de equipes de saúde do Ministério da Saúde, a UAPS Guarany Mont’Alverne é composta por quatro equipes, três com equipe de saúde bucal e uma somente com a equipe de saúde da família. Ao todo são quatro médicos, quatro enfermeiros, quatro técnicos em enfermagem, um 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 estiveram afastados do trabalho por quaisquer motivos. Foram convidados 15 profissionais, obtendo retorno de apenas três indivíduos que participaram das entrevistas, sendo um médico, uma enfermeira e um agente de saúde.

A técnica utilizada para coleta de dados foi a entrevista semiestruturada. A técnica de entrevista semiestruturada que 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) 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 por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (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 à territorialização no estado do Ceará;
- b) Conhecimento dos profissionais em relação à territorialização na Atenção Básica;
- c) Se já participaram da construção da territorialização, como foi feita, e quais dificuldades eles poderiam encontrar.

Os sujeitos que participaram da pesquisa receberam uma carta convite, assinaram o TCLE 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, que ocorreu no mês de junho, com o número CAAE: 55012622.1.0000.5534 e aprovação: 5.457.004. 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).

A organização das entrevistas foi feita por meio 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 Categórica 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.

A primeira fase (pré-análise) da análise de conteúdo categórica temática foi feita por meio das entrevistas realizadas. Sendo a pré-análise – a primeira etapa da organização da análise –, o momento em que o pesquisador organiza o material relevante à pesquisa. Nessa fase, o pesquisador analista deve sistematizar as ideias iniciais, o que é dividido em cinco etapas (Bardin, 2016). Na primeira das etapas da pré-análise, foi feita a leitura flutuante, em que 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.

Após as entrevistas, foi desenvolvido o Manual. 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, quando 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*.

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.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados três profissionais que compõem a equipe de saúde da UAPS Mont'alverne, dos quais dois eram concursados e um contratado por meio de terceirização; um homem e duas mulheres (Quadro 1).

Quadro 1 - Dados dos entrevistados

Entrevistado	Idade	Tempo de trabalho
Médico	35	5 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 exportadas 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 as palavras “territorialização”, “dificuldade”, “organizar”, “cadastrar”, “comunidade”, “participação”, “capacitar” e “gestão” foram as mais citadas durante a entrevista. Assim, pode-se dizer que há limitações quanto à

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 seis 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 três subcategorias, que estão descritas na Figura 1.

Ao todo foram feitas quatro 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 identificados dois nós principais entre o cruzamento desses dados, que estão descritos na Figura 02.

Figura 1 - Subcategorias



Fonte: MaxQDA, modificado pela autora, 2022.

Figura 2. 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.

3.1. 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 3).

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 este relata que já é sobrecarregado e não participa da territorialização.

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.

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 a enfermeira e a 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 3 - Nuvem de palavras



Fonte: MaxQDA, 2022.

3.2. 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: “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 pela Portaria de número 198/GM/MS, com o intuito de estabelecer melhoras permanentes no processo de trabalho, valorizar o servidor por meio de construção de conhecimento e causar impacto positivo nas ações de saúde e saúde dos usuários do serviço público (França *et al.*, 2017). 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 implantada no Plano Anual de Saúde e por Leis municipais que garantam a aplicação dessa Política de Saúde.

3.3. 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 às 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 lugar. Foram encontradas dificuldades sociais que impactam negativamente na saúde das pessoas que residem naquele local. Esgoto a céu aberto e dificuldade de acesso foram alguns dos problemas citados pelos pesquisadores e que, a partir disso, seja proposta a realização de ações educativas e preventivas para que haja mudanças significativas e permanentes na vida dessa população.

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 Tetemann; Trugilho e Sogame (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 de 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 da 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 de 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 (Tetemann; Sugilho; Sogame, 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 de que a municipalização não é suficiente, pois esta não poderia oferecer um SUS integral e universal. Então, por meio 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 o 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 por meio 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 Atenção Básica. As formas essenciais de organização, a formação da equipe saúde da família e a falta de reconhecimento em relação à 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).

Pelas entrevistas e análise das narrativas, foram identificados os principais nós críticos e fragilidades; diante disso, foi construído um manual de territorialização para profissionais da

Atenção Básica baseado no resultado das análises e literatura científica. O Manual foi validado quanto a sua aparência e seu conteúdo, alcançando valores compatíveis e passando no teste de validação.

3.4. Manual de orientação

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 por meio das entrevistas realizadas e analisadas, além da sua experiência tanto na assistência como na gestão da Atenção Primária em Saúde.

3.4.1. Composição do manual

O Manual intitulado “**Manual de orientação: Territorialização na Atenção Básica**” (Figura 4) 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*

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.

No tópicos 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.

Figura 4 - Capa do Manual de Orientação



Fonte: autoria própria, 2022.

No tópico DIAGNÓSTICO DA ÁREA foi enfatizada 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 pelos dados retirados do sistema E-SUS, que é responsável por alimentação das ações em saúde da Atenção Básica.

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

3.5. Validação

A validação é fundamental, importante e traz inúmeros benefícios para o produto desenvolvido. Essa análise envolve tanto um processo criativo, quanto analítico da aparência e conteúdo inseridos no produto. O instrumento foi submetido à avaliação por um comitê de seis juízes, graduados em cursos de nível superior (pós-graduação) e que atuam na Estratégia da Saúde da Família. Inicialmente, todos os juízes especialistas receberam por *e-mail* carta

convite. Os juízes participantes se caracterizaram por serem da área da saúde, como enfermagem, odontologia e fonoaudiologia.

Para validação de conteúdo, foi utilizado Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde – IVCES, em que o conteúdo como um todo precisa apresentar o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) maior ou igual a 0,8. O Instrumento usado para validação de aparência foi o Instrumento de Validação de Aparência de Tecnologias Educacionais em Saúde (IVATES) (Souza; Moreira; Borges, 2020), em que este 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.

Foram realizados três cálculos para alcance do resultado: (1) cálculo de cada item; (2) cálculo de cada domínio; (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, o resultado foi satisfatório, alcançando acima da média estipulada de 0,80.

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, 2011). Na validade de aparência, os índices, por item, apresentaram valor mínimo igual a 83% e máximo de 100% de concordância. O item que recebeu índice de 83% foi o item: As ilustrações estão em tamanhos adequados no material educativo. Contudo, o IVA total foi considerado satisfatório (98,5%).

Diante da construção e validação do Manual, foi identificado que a Tecnologia Educativa se torna grande precursora na transformação do processo de trabalho da equipe de saúde com todos os seus profissionais que atuam na Atenção Básica: utilizar um Manual para subsidiar a construção da Territorialização.

3.6 Pressupostos teóricos da política de extensão universitária

Será dividido em: Interação dialógica; Interdisciplinaridade e interprofissionalidade e Impacto e transformação social.

3.6.1. Interação dialógica

A interação dialógica direciona o desenvolvimento de relações marcadas pelo diálogo e pela troca de informações entre a universidade e os setores sociais, derrotando assim o discurso da hegemonia acadêmica e substituindo-o por alianças com movimentos, setores e organizações sociais. Não se trata mais de “estender o conhecimento adquirido pela universidade à sociedade”, mas de produzir novos conhecimentos em interação com a sociedade e que ajudem a superar a desigualdade e a exclusão social e a construir uma comunidade mais justa, ética e democrática.

3.6.2. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade

As diretrizes para o trabalho de extensão interdisciplinar e interprofissional buscam superar essa dicotomia, incorporando a especialização e a complexidade inerentes às comunidades, setores e grupos sociais com os quais o trabalho de extensão é desenvolvido, ou às metas e objetivos desses trabalhos. A premissa deste guia é que a combinação entre especialização e visão holística pode ser concretizada por meio da interação de modelos, conceitos e metodologias de diferentes disciplinas e competências e pela criação de alianças entre setores, organizações e profissões. Dessa forma, espera-se que os esforços de extensão universitária proporcionem a coerência teórica e operacional da qual depende a sua eficácia.

3.6.3. Impacto na formação do estudante

Esse objetivo exige uma ação bidirecional: da universidade para a sociedade e da sociedade para a universidade. Isso porque estão envolvidos atores sociais, sejam eles pessoas das comunidades com as quais as extensões acontecem sejam atores públicos (estatais e não estatais) envolvidos no desenvolvimento e implementação de políticas públicas utilizadas para realizar essas atividades, promovendo assim, a produção de conhecimento.

3.6.4. Impacto e transformação social

A expansão universitária é confirmada como um mecanismo pelo qual são criadas relações interativas entre a universidade e outros setores da sociedade para realizar atividades de mudança que enfoquem os interesses e necessidades da maioria da população e que possibilitem o desenvolvimento social e regional pautado na melhoria da ordem pública. A expectativa é que a extensão da universidade contribua para a (re)construção da nação, a comunidade de destino, ou a (re)construção da polis, a comunidade política, com a ajuda

dessa diretriz. Nesse sentido, a direção do impacto e da transformação social confere à extensão universitária um caráter essencialmente político.

Com um olhar voltado não somente para a gestão em saúde, mas para a permanente transformação do fluxo de trabalho e da inserção de políticas públicas de territorialização este estudo se insere na Política de Extensão Universitária, perpassando pelo desenvolvimento do processo do Manual via Instituição, e se insere como pesquisa na sociedade para mudanças na Atenção Primária.

4 CONCLUSÃO

A Atenção Básica é a porta de entrada do SUS para os usuários, é por meio 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 seu desmanche. 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 o conhecimento adquirido pela pesquisadora durante anos de experiência como gestora na Atenção Básica, ela 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.

REFERÊNCIAS

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

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. 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). Diário Oficial da República Federativa do Brasil 2017.

BRASIL. Ministro da Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.

CAVALCANTE, Yarla Santos de Figueiredo Lima et al. Territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência de estudantes do curso de medicina do Centro Universitário p. 1-388-416.

FRANÇA, Tânia et al. Política de educação permanente em saúde no Brasil: a contribuição das comissões permanentes de integração ensino-serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1817-1828, 2017.

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

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

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

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.
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0559>

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.
<https://doi.org/10.15448/1677-9509.2016.2.25456>.