



ELEMENTOS PARA DISCUSSÃO DO CONCEITO DE TERRITÓRIO: PERSPECTIVA OPERACIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DE FAMÍLIA NO BAIRRO DO ENGENHO DO MEIO-RECIFE/PE

Elements for discussion of the territory concept: operational perspective in the Family Health Strategy in the district of Engenho do Meio-Recife/PE

Elementos de discusión del concepto de territorio: perspectiva operativa en la Estrategia de Salud Familiar en el barrio de Engenho do Meio-Recife/PE

 <https://doi.org/10.35701/rcgs.v23.779>

Priscila Felix Bastos¹

Histórico do Artigo:

Recebido em 28 de abril de 2021

Aceito em 20 de julho de 2021

Publicado em 26 de julho de 2021

RESUMO

As mudanças ocorridas no modelo assistencial do Sistema Único de Saúde foram essenciais para a melhoria na qualidade do atendimento e, neste sentido, a Estratégia de Saúde da Família merece destaque. Esta proporcionou a identificação do paciente a partir de uma base territorial e trouxe consigo uma melhor compreensão a respeito das necessidades locais da população. Diante dos fatos aqui expostos, pretende-se analisar a operacionalização do conceito de território e a territorialização das ações empreendidas na saúde, especificamente, na Estratégia de Saúde da Família estabelecida no bairro do Engenho do Meio, Recife-PE. Para tanto, empreendeu-se um estudo de natureza qualitativa e quantitativa, através de entrevistas semiestruturadas e questionários aplicados com as equipes de profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde. A partir da apreciação dos dados foi possível observar que a saúde organiza suas ações em uma base territorial, mas utiliza apenas o critério político administrativo na elaboração dos recortes espaciais onde são desenvolvidas as ações de saúde. Este fato, por sua vez, limita a organização do processo de trabalho, restringindo a possibilidade de melhorias significativas nas ações. Tal fato acaba por dificultar a adequação da rede às reais necessidades dos pacientes.

Palavras-Chave: Território. Redes de Atenção à Saúde. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

The changes in the care model of Brazil's Unified Health System were essential for improving the quality of care and, in this sense, the Family Health Strategy deserves to be highlighted. This provided the identification of the patient from a territorial basis and brought with it a better understanding of the local needs of the population. Given the facts exposed here, it is intended to analyze the operationalization of the concept of territory and the territorialisation of actions undertaken in health, specifically, in the Family Health Strategy

¹ Prof^a. Dr^a. do Curso de Licenciatura em Geografia da Universidade de Pernambuco (UPE). E-mail: priscila.bastos@upe.br

 <https://orcid.org/0000-0002-2743-172X>

established in the neighborhood of Engenho do Meio, Recife-PE. To this end, a qualitative and quantitative study was undertaken, through semi-structured interviews and questionnaires applied with the teams of professionals and users of Brazil's Unified Health System. From the data analysis, it was possible to observe that health organizes its actions in a territorial base, but uses only the administrative political criterion in the elaboration of the spatial cuts where health actions are developed. This fact, in turn, limits the organization of the work process, restricting the possibility of significant improvements in actions. This fact ends up making it difficult to adapt the network to the real needs of patients.

Keywords: Territory. Health Care Networks. Family Health Strategy.

RESUMEN

Los cambios ocurridos en el modelo de atención del Sistema Único de Salud fueron fundamentales para mejorar la calidad de la atención y, en este sentido, la Estrategia Salud de la Familia merece ser destacada. Esto proporcionó la identificación del paciente desde una base territorial y trajo consigo una mejor comprensión de las necesidades locales de la población. A la vista de los hechos aquí expuestos, pretendemos analizar la operacionalización del concepto de territorio y la territorialización de las acciones emprendidas en salud, específicamente, en la Estrategia de Salud de la Familia establecida en el barrio de Engenho do Meio, Recife-PE. Para ello, se realizó un estudio cualitativo y cuantitativo, a través de entrevistas semiestructuradas y cuestionarios aplicados a los equipos de profesionales y usuarios del Sistema Único de Salud. A partir del análisis de los datos se pudo observar que la salud organiza sus acciones en forma base territorial, pero utiliza únicamente el criterio político administrativo en la elaboración de los recortes espaciales donde se desarrollan las acciones de salud. Este hecho, a su vez, limita la organización del proceso de trabajo, restringiendo la posibilidad de mejoras significativas en las acciones. Este hecho acaba dificultando la adaptación de la red a las necesidades reales de los pacientes.

Palabras clave: Territorio. Redes de Atención a la Salud. Estrategia de Salud de la Familia.

INTRODUÇÃO

As marcantes desigualdades sociais no Brasil têm forte expressão territorial, indicando a importância de políticas públicas mais integradas, assim como da adoção de enfoques abrangentes sobre o território. Isto aponta para a necessidade do fortalecimento da dimensão territorial no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde), visto que a saúde analisada pela ótica geográfica expressa as condições de existência do ser humano no território. É nesta acepção que a categoria território se mostra pertinente, tanto no que diz respeito ao alcance social dos bens produzidos pela sociedade moderna, quanto para a investigação de realidades sociais complexas.

O que se observa de fato é que o Sistema Único de Saúde compreende o espaço geográfico a partir da noção de território e territorialidade, sendo considerado um espaço vivo, delimitado e ocupado por um grupo populacional com identidades em comum – social, cultural, entre outras. Esta delimitação está relacionada com a regionalização de áreas de abrangência das equipes de saúde, dos serviços e das ações sanitárias.

Esta forma de interpretar o território possibilitou alguns avanços para as políticas de saúde, contudo, também tem implicado em muitas dificuldades na incorporação da dinâmica territorial por parte destas políticas.

Diante desta assertiva, torna-se evidente a necessidade de uma discussão mais aprofundada deste conceito e, posteriormente, discorrer a respeito dos critérios estabelecidos para a definição dos territórios da saúde e sua importância no âmbito das políticas públicas de saúde e em particular na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Sendo assim, pretende-se analisar a operacionalização do conceito de território e a territorialização das ações empreendidas na saúde, especificamente, na Estratégia de Saúde da Família estabelecida no bairro do Engenho do Meio, Recife-PE.

MATERIAL E MÉTODO

Empreendeu-se um estudo de natureza qualitativa e quantitativa, através de entrevistas semiestruturadas e questionários aplicados com as equipes de profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde.

Desta forma, a coleta de dados na análise quantitativa está dividida em dois momentos: as primeiras reflexões foram advindas da participação da autora em uma pesquisa realizada pelo NUCEM (Núcleo Cidadania, Exclusão e Processos de Mudança) do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE, no ano de 2006. Nesta oportunidade foram investigadas 16 Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário IV do Recife, onde foram aplicados questionários com 152 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 327 questionários com famílias atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. Além disso, foram realizadas 17 entrevistas com as 24 equipes de Saúde da Família do citado Distrito Sanitário, juntamente com outras 25 entrevistas aplicadas com usuários da ESF.

Na segunda etapa, já no ano de 2014, para direcionar a análise da área investigada, foram realizadas, então, entrevistas semiestruturadas com 4 gestores do Distrito Sanitário IV do Recife, 10 profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família, 1 agente administrativo e 15 usuários da Estratégia de Saúde da Família localizada no bairro do Engenho do Meio.

O Engenho do Meio é um bairro localizado na cidade do Recife, estado de Pernambuco-Brasil. De acordo com o IBGE (2010), este bairro possui uma população residente de 10.211 habitantes, 3.053 domicílios, 3,3 habitantes por domicílio e apresenta um valor do rendimento nominal médio mensal dos domicílios de R\$ 2.594,45. Dentro de seus limites está localizada uma Zona Especial de Interesse Social, Zeis Vila Redenção.

Foi assegurado o direito do anonimato dos sujeitos entrevistados, conforme indica o comitê de ética pelo qual este estudo foi avaliado e aprovado. Sendo assim, ao longo da análise, os sujeitos

envolvidos na pesquisa serão identificados apenas pela sua função, visto que esta é uma importante informação para o embasamento dos debates que seguem.

Os resultados aqui propostos são fruto das análises realizadas e descritas na tese de doutorado, defendida no ano de 2015 no Programa de Pós-Graduação em Geografia da UFPE, e serão aprofundadas a seguir.

AS IMPLICAÇÕES DO CONCEITO DE TERRITÓRIO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Por meio da etimologia da palavra território é possível tornar patente a significação dessa expressão como “terra pertencente a” - terri (terra) e torium (pertencente a) -, de origem latina; ou como “terreo-terror” (aterrorizar - aquele que aterroriza) de origem grega (HAESBAERT, 2006).

As diversas acepções deste conceito revelam as oscilações de significado e compreensão, inclusive na análise de diversas ciências tais como a Biologia (etologia), Ciências Políticas (Estado) e Antropologia (territorialidade), etc. (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

No intuito de ampliar o conceito de território no sentido de incorporar novos atores, além do Estado, o geógrafo franco-suíço Raffestin, um dos pioneiros nesta abordagem, aponta para o fato de que, a chave para o estudo do território é o poder, não só o poder do Estado, mas o exercido por atores que surgem da população (MONKEN et. al., 2008).

Os atores sociais “produzem o território, partindo da realidade inicial dada, que é o espaço. Há, portanto, um 'processo' do território quando se manifestam todas as espécies de relações de poder, que se traduzem por malhas, redes e centralidades” (RAFFESTIN, 1993, p.7).

Com o processo de Reforma Sanitária Brasileira, iniciado na década de 1970, e a idealização do Sistema Único de Saúde, criado em 1988, houve uma ampla discussão a respeito do funcionamento dos serviços de saúde e, por consequência, da base territorial na qual estes serviços estavam estabelecidos. Tal fato implicou numa maior atenção sobre os critérios utilizados para a delimitação de territórios nesta área.

As diversas transformações políticas, econômicas e sociais ocorridas no Brasil serviram de base para a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), que prevê o aumento da inclusão social por meio de um sistema de saúde descentralizado, integral, universal e com participação da sociedade civil.

Neste contexto, observou-se que, para atingir de forma adequada distintos grupos populacionais com diversas características epidemiológicas, econômicas e sociais, seria indispensável a definição de uma gestão territorial que fosse capaz de trazer uma melhor compreensão a respeito das

necessidades locais da população. Tal gestão, nas palavras de Santos (1998), deve assegurar o acesso aos bens e serviços básicos para uma adequada qualidade de vida.

Sendo as Políticas Públicas de Saúde relacionadas às mais diversas ações governamentais, elaboradas no sentido de garantir à população melhorias nas condições de saúde, de forma integral e equânime, o entendimento da realidade territorial na qual estas pessoas estão inseridas não pode ser desconsiderado.

De acordo com Mendes (1999), no sistema de saúde, o território é compreendido sob dois pontos de vista: como espaço físico, geopolítico, com uma visão topográfica-burocrática, ou como o território-processo, como produto de uma dinâmica social onde se tensionam sujeitos sociais postos na arena política.

Todavia, no Sistema Único de Saúde, as divisões territoriais estabelecidas possuem caráter estritamente político-administrativo, tais como o município, distrito sanitário, área de abrangência, entre outros. Tal compreensão acaba por negligenciar a sua potencialidade para identificar problemas de saúde e de propor intervenções baseadas nas reais necessidades da população.

O território do distrito sanitário ou do município representa muito mais do que simplesmente o espaço político operativo do sistema de saúde. Ele é caracterizado por uma população específica, que vive em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde distintos e que interage com os gestores das diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse espaço abarca, deste modo, além de uma extensão geométrica, um perfil demográfico, social, cultural, tecnológico, político, administrativo e epidemiológico que o caracteriza como um território em constante construção (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Este entendimento segue no sentido inverso da compreensão atualmente estabelecida, ou seja, de um território burocrático, utilizado como mero lócus de realização dos serviços, mas sem o reconhecimento das múltiplas territorialidades ali existentes. O reconhecimento dessa distinção por parte das políticas públicas de saúde pode promover uma readequação dos critérios instituídos e, por sua vez, uma maior eficácia das ações.

O território é ainda consequência de um acúmulo de conjunturas históricas, ambientais e sociais que geraram condições particulares para o surgimento de doenças. A identificação desse território é o passo inicial para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, assim como para averiguar o impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Possibilita, também, o desenvolvimento de uma conexão entre os serviços de saúde e as categorias de análise de cunho geográfico (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Entretanto, Bezerra (2012) aponta algumas limitações ainda existentes na gestão territorial no campo da saúde: a formação básica dos profissionais de saúde não contempla conteúdos relacionados ao espaço geográfico, território, etc; as bases cartográficas utilizadas são desatualizadas; são incipientes as ações intersetoriais que prezam por práticas interdisciplinares na concepção e operacionalização das políticas de saúde; a lógica curativa ainda persiste em algumas ações, em detrimento da prevenção.

O território como um conceito polissêmico pode ser analisado sob distintas óticas, entretanto a proposta conceitual aqui adotada busca o entendimento da lógica da construção dos territórios na saúde e a forma como se estruturam. Neste sentido, após a análise da aplicação deste conceito nos serviços de saúde, cabe neste momento um aprofundamento de como o território é compreendido no contexto da Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada de um sistema de saúde que é organizado de forma hierarquizada.

Neste contexto da hierarquia, a ESF faz parte do nível primário (primeiro contato com a rede de saúde). Quando este nível não é suficiente para responder ao que o paciente necessita, o mesmo é encaminhado para o nível secundário (rede de especialistas nas mais distintas áreas). Há casos nos quais o usuário precisa de um atendimento hospitalar mais complexo, deste modo, o mesmo é encaminhado para o terceiro nível, o terciário.

O território seria, portanto, a base da análise que possibilita uma visão totalizadora dos determinantes, fatores de risco, agravos e danos à saúde. Vale ressaltar que a atuação em uma base territorial no campo da saúde exige a adaptação de equipes que estejam organicamente vinculadas às comunidades e famílias, com um novo olhar sobre os processos de saúde e doença, como o que é proposto na Estratégia de Saúde da Família. Uma melhor compreensão deste conceito pode interferir na possibilidade de alcançar maior efetividade nas ações do campo da atenção básica da saúde.

TERRITÓRIO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: A ESF COMO “ESTREITA” PORTA DE ENTRADA

A Estratégia de Saúde da Família propôs uma reorientação no modelo assistencial vigente, instituindo uma atenção não mais voltada ao indivíduo e sim à família. Foi fortemente influenciada e inspirada em experiências bem sucedidas de modelos de assistência à família formulados em países como Cuba, Canadá, Inglaterra e Suécia.

A Estratégia de Saúde da Família é admitida como a mais apropriada porta de entrada do sistema de saúde brasileiro e alguns fatores são considerados determinantes para tal afirmação. O

primeiro deles é que a proximidade da unidade de saúde do local de moradia dos usuários propicia um maior vínculo da equipe de saúde com a população, além da responsabilidade por um território definido por uma área adscrita.

Para ser considerado “porta de entrada” um serviço deve ser identificado pela equipe e população como recurso inicial a ser buscado diante de uma determinada necessidade. Caso este serviço apresente acesso dificultado, a procura tende a ser adiada, acarretando um prejuízo no prognóstico do indivíduo (STARFIELD, 2004).

Os benefícios advindos da implantação da Estratégia de Saúde da Família são conhecidos, todavia os entraves ainda existentes no momento que o paciente busca a “porta de entrada” do sistema ainda não foram superados. Estas dificuldades são ainda agravadas quando o usuário necessita de encaminhamento aos demais níveis de atenção. Deficiências na referência e contra referência, elevado tempo de espera para o atendimento, realização e resultado de exames e sobrecarga na demanda são algumas das limitações recorrentes.

Por estes e outros motivos, alguns estudos na área questionam a eficácia do estabelecimento desta “porta de entrada” do sistema público de saúde no Brasil. Entre estes estão Friedrich e Pierantoni (2006) que ressaltam as contradições entre o propósito da ESF e a demanda dos usuários, criticando a fragmentação existente na organização dos serviços que, segundo estes autores, prejudicam o acesso integral ao sistema de saúde, principal função da “porta de entrada”. Corroboram com este raciocínio Cecílio (1997), Merhy e Queiroz (1993) que, por sua vez, apontam também a inconsistência do modelo que pretende realizar a integralidade das ações de forma plena, coletiva e individual.

Pereira e Barcellos (2006) apontam que há na Estratégia de Saúde da Família distintas concepções de território. Estas, por sua vez, são expressas na prática de trabalho por meio da forma como são organizadas as ações, do modo como entendem a área de trabalho e da maneira como são estabelecidos os vínculos entre a população e o território. Estas distintas concepções podem influenciar a operacionalização do programa.

A territorialização é um dos pressupostos contidos no ideário da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Bases territoriais tais como a área de abrangência das unidades de saúde, área de atuação da equipe de saúde da família e dos agentes de saúde são delimitações que seguem os princípios da regionalização e hierarquização, propostos pelo SUS (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

O território assume, ainda, nas palavras de Bitoun (2000), três funções básicas na Estratégia de Saúde da Família: o território de escuta, no qual se obtém as informações necessárias para

que a equidade seja alcançada; o território de administração, onde se busca a articulação com outros territórios, instituições e equipamentos que possam disponibilizar recursos mais complexos; e o território de realizações, onde a prestação dos serviços no espaço vivido é materializada.

Toda Unidade de Saúde da Família (USF) trabalha com a definição de território de abrangência, que seria a área de atuação dos profissionais que trabalham nesta unidade. É de responsabilidade da Equipe de Saúde da Família o cadastramento e acompanhamento da população que está vinculada a esta área, através da promoção, da prevenção, recuperação e reabilitação dos agravos mais frequentes.

Assim, as equipes locais devem trabalhar exercendo o papel de coordenação das ações de saúde em cada microárea do município. São estes os responsáveis pelo atendimento primário, pela decisão de acessar os recursos disponíveis no sistema municipal de saúde e de outras instâncias para atender aos problemas detectados.

Um dos termos largamente utilizados para expor a relação serviço-território-população é a adscrição, que se refere ao território sob incumbência da equipe de saúde da família (BRASIL, 1997). Este é um dos requisitos fundamentais para a instalação de uma Unidade de Saúde da Família, já que é através da adscrição da população que é realizada a delimitação da área de abrangência, bem como o diagnóstico e características gerais do local. O que também é ratificado na entrevista com um dos gestores:

Essa coisa do PSF (Programa de Saúde da Família) atender uma população adscrita, de atender aquele número "x" de pessoas, a equipe consegue atender a particularidade de cada caso e isso é fundamental, porque você consegue acompanhar mais de perto (Entrevista realizada com gestor, 2015).

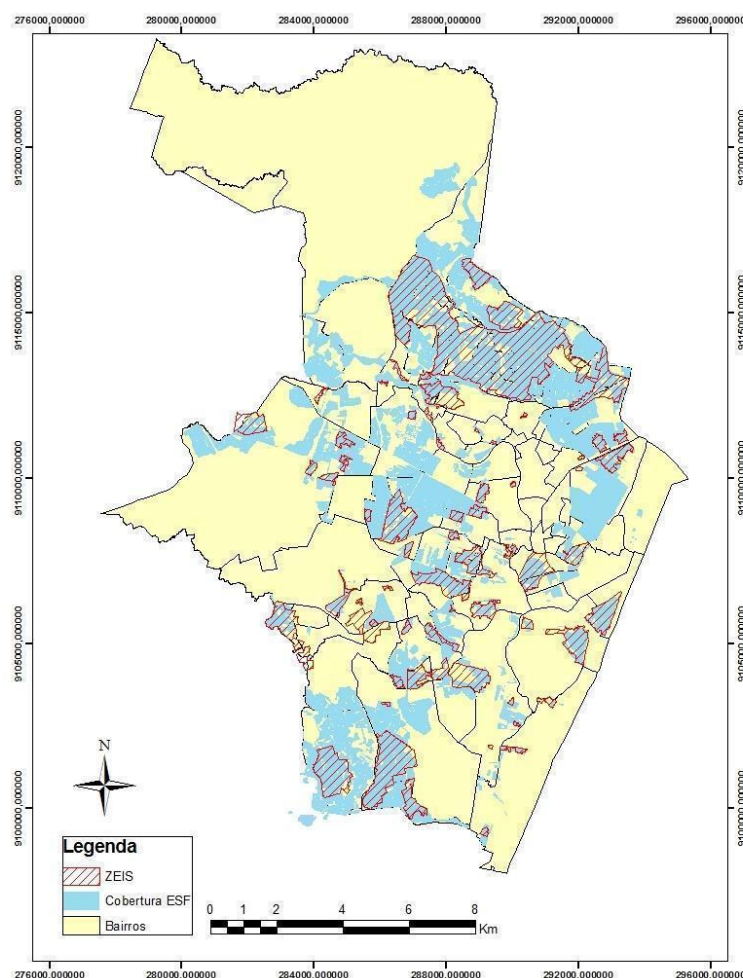
A adscrição da clientela tem o critério geográfico como base para a sua delimitação, o que permite esquadrihar os problemas econômicos e sociais, bem como o perfil epidemiológico dos espaços onde vivem os cidadãos sob a responsabilidade de cada uma das Equipes de Saúde da Família. Sendo assim, o conhecimento da base territorial é de suma importância (SILVA, 2003).

De acordo com os documentos oficiais, a definição desta área deve seguir os critérios populacionais e as especificidades do território em questão para que esta divisão atenda de forma eficiente às necessidades da população usuária. Na prática, contudo, entre os critérios propostos o único que é efetivamente utilizado para a implantação de uma USF é o critério populacional, sem levar em consideração as singularidades e contrastes sócio-espaciais observados em cada comunidade. Isto indica uma divergência entre as orientações normativas e o que de fato é adotado. O relato a seguir exemplifica bem esta visão da gestão no processo de definição das microáreas:

Quando vai implantar um PSF todo mundo vai fazer o reconhecimento daquela área. Depois junto com o distrito a gente faz o mapeamento e vai criando as microáreas, porque tem que ter uma quantidade “x” de pessoas, não pode ter nem o mínimo nem o máximo (Entrevista realizada com gestor, 2015).

Por meio da análise da figura 1 é possível observar, no Recife, que a implantação de Unidades Básicas de Saúde ocorre prioritariamente nas áreas caracterizadas por maior nível de pobreza. O intuito reside justamente em priorizar a atenção a quem mais precisa, baseando-se no princípio da equidade.

Figura 1: Mapa de Cobertura da Estratégia de Saúde da Família em comparação com as áreas de ZEIS – Recife-2014.



Fonte: Base Cartográfica da Prefeitura da Cidade do Recife. Elaboração: a autora.

Dentro desta perspectiva, a citada figura traz uma sobreposição entre as localidades cobertas pela Estratégia de Saúde da Família e áreas que compõem as ZEIS (Zona Especial de Interesse Social). Analisando a figura, é possível concluir que apesar da tendência de as USFs terem seus prédios estabelecidos nas proximidades de locais que apresentam maior vulnerabilidade social e de haver certa

coincidência de áreas cobertas com os recortes espaciais das ZEIS, evidenciando ainda a perspectiva de que ainda há áreas que necessitam de uma atenção diferenciada e que não estão cobertas pela ESF.

No que diz respeito à análise da vulnerabilidade, no campo da saúde, seria a exposição a agravos de saúde derivada de condições individuais e de contextos coletivos que, por sua vez, promovem maior suscetibilidade a morte e agravos e, concomitantemente, as condições de acesso aos recursos para o seu enfrentamento (BERTOLOZZI et al, 2009).

É imprescindível que o reconhecimento dos contextos de uso do território possa identificar suas peculiaridades e seus problemas baseado em uma abordagem territorial, reconhecendo os usos e as distintas apropriações do espaço feitas pela população assim como as suas implicações para a saúde coletiva (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

Quando os recortes territoriais são baseados apenas no quantitativo populacional, sem que haja uma caracterização destes territórios, é bem possível que a eficácia das ações seja prejudicada. Tal situação minimiza o grande avanço atrelado à implantação da ESF: o atendimento às famílias circunscritas em uma área definida, sendo observadas as peculiaridades e complexidade que envolve o processo saúde-doença.

Na Estratégia de Saúde da Família, há realmente uma preocupação no sentido de operacionalizar o conceito de território. Entretanto, na prática, não existe a intenção de se discutir mais profundamente os múltiplos sentidos que este conceito pode apresentar, o que acaba por reduzir a sua possibilidade de realizar maiores avanços. O entendimento de território por parte dos técnicos e usuários do sistema de saúde tende a influenciar a maneira como esse território será incorporado à prática de suas ações (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Outra questão importante a ser levantada diz respeito à instrumentalização de recursos cartográficos para a atuação no território. Apesar da atividade cartográfica se apresentar como uma das mais importantes ferramentas para a análise em saúde pública (BARCELLOS; BASTOS, 1996), na ESF o esforço para utilização de mapas é relativamente recente. As iniciativas mais concretas ocorreram em cursos de aperfeiçoamento, onde boa parte dos Agentes Comunitários de Saúde construíram croquis de suas áreas de atuação. Não havia padronização alguma para a realização dos mesmos, o que dificultava, inclusive, a compreensão das informações contidas nestes materiais.

A partir da obtenção destes croquis foram realizados projetos de Geoprocessamento para a ESF na intenção de realizar uma padronização do que foi produzido, no entanto, a primeira dificuldade enfrentada já neste momento inicial foi a existência de uma base cartográfica de determinadas áreas.

Sendo ferramenta, tão importante quanto a construção é a utilização que se faz dela. Observa-se que estes mapas assumem uma função meramente figurativa de sua área de atuação, reforçam a visão jurídico-política de território, pouco influenciando na efetiva tomada de decisões, embora representem, conforme ressaltam Oliveira e Furlan (2008), um passo importante na relação da equipe com o território.

Barcellos (2003) afirma que as escolhas realizadas nas fases de construção de mapas (a escolha de escalas de trabalho, unidades de análise, fontes de informação e modelos de análise) explicitam uma concepção de espaço geográfico. Nos croquis arquivados na ESF estudada, as informações inseridas estão limitadas às áreas e microáreas e, em alguns casos, é inserida a localização de determinados prédios, tais como escolas, igrejas, associação comunitária e etc.

Visualizar espacialmente as informações levantadas nas microáreas traz elementos indispensáveis à uma atenção à saúde de qualidade. Por meio deste instrumento podem ser realizados mapeamentos de áreas de riscos, demarcação os territórios de atuação da ESF e, sobrepondo estas informações com os dados socioambientais, por exemplo, é possível identificar áreas vulneráveis, facilitando o planejamento das ações por parte do poder público e da equipe como um todo.

O levantamento de dados e informações sobre o território é inerente ao trabalho da Equipe de Saúde da Família e, sobretudo, do Agente Comunitário de Saúde. São eles, juntamente com os demais membros da equipe, os principais atores que alimentam o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) com informações no âmbito da família.

Apesar das limitações ainda existentes nesta base de dados, este instrumento possibilita a caracterização do perfil epidemiológico e a situação sócio sanitária das áreas cobertas, constituindo-se em uma ferramenta para identificação das áreas de risco e, por serem dados relacionados ao território de atuação, poderiam alimentar alguns mapas e croquis elaborados pela equipe.

O que se vê na prática é que há uma constante cobrança de alimentação de diversas planilhas e confecção de relatórios com pouco esclarecimento às equipes sobre a real importância deste levantamento. Não havendo a devida explicação sobre a função deste banco de dados, nem o retorno de uma análise estatística mais detalhada sobre o que foi levantado, o mesmo permanece sendo considerado pelas equipes como mais um procedimento burocrático a ser enfrentado na rotina de trabalho, o que interfere inclusive no nível de confiabilidade destes dados.

Reiterando esta ideia, Monken e Barcellos (2007) apontam que o mapeamento permite trabalhar a síntese geográfica, buscando suas expressões territoriais e representando-as por meio de mapas condicionados pela própria entrada de dados. Ao mesmo tempo, os mapas possuem ampla

capacidade pedagógica na aprendizagem das interações humanas e dos objetos geográficos que as amparam. Estes são elementos concretos do espaço cuja base física codificada por intermédio de sinais e convenções facilitam a síntese interpretativa.

Em contraponto, ainda prevalece na concepção cartográfica da ESF a territorialização em sua vertente jurídico-política, sem levar em consideração as demais territorialidades existentes no processo de demarcação de áreas e microáreas. As dificuldades em incorporar a multiterritorialidade na prática de trabalho e nos sistemas de informação (incluindo a cartografia) prejudicam a intersectorialidade das ações de saúde (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Sendo um modelo de caráter essencialmente territorial, a operacionalização do trabalho neste território tem o poder de agravar ou minimizar as dificuldades enfrentadas por usuários. Para ilustrar este panorama e fundamentar a análise, optou-se, neste momento, por empreender uma apreciação mais pormenorizada de uma das Unidades de Saúde da Família localizadas no Distrito Sanitário IV do Recife: a USF do Engenho do Meio.

TERRITÓRIO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO ENGENHO DO MEIO

Antes de debater as questões avaliadas nesta Unidade de Saúde da Família localizada no bairro do Engenho do Meio, Recife-PE, cabe inicialmente realizar uma breve caracterização da mesma. Esta USF funcionava inicialmente em uma sede provisória e posteriormente foi transferida para o prédio onde estava localizada a associação de moradores do bairro.

Por ser um prédio adaptado, o local já passou por quatro grandes reformas e recentemente, após o desabamento de parte do teto, foi interditado, e permaneceu desta forma por mais de um ano. Um risco enfrentado pela equipe e usuários:

A gente saiu daqui às pressas porque o teto caiu. Por sorte foi no final de semana. A gente já tinha um alerta que estava comprometido todo o telhado desde janeiro, isso caiu em julho. A pessoa que alertou do perigo foi demitida porque alertou o perigo (Entrevista realizada com membro da Equipe de Saúde da Família, 2015).

Durante este período de interdição a Unidade de Saúde foi transferida, precariamente, para o Centro Integrado de Saúde (CIS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), também localizado no Engenho do Meio:

A gente foi pro CIS porque a equipe é que foi procurar um lugar pra ficar. A gente fez a mudança nos carros da gente, o distrito praticamente não deu apoio. A gente trabalhava numa sala de aula dividida por tábuas. Na primeira chuva que deu lá alagou e as paredes davam choque (Entrevista realizada com membro da Equipe de Saúde da Família, 2015).

Após seguidos protestos da comunidade e equipe a obra foi entregue, contudo ainda necessitando de reparos. Mesmo após a reforma, diversas denúncias foram feitas sobre as condições em que o prédio ainda se encontra: não há calhas internas para amparar a chuva, fato este que obriga os usuários a aguardarem o atendimento dentro de consultórios. Foi construído um banheiro com “acessibilidade”, sem barras de apoio. Além disso, os corredores são estreitos e não permitem o acesso de cadeirantes. As contradições desta reforma são inúmeras: “É o posto que tem computador em toda sala, mas não tem gaze pra fazer o curativo. Usam remédio que foi extinto pra limpar ferida” (Entrevista realizada com membro da Equipe de Saúde da Família, 2015).

Um fato que ilustra bem a situação é que a Unidade de Saúde dispõe de uma sala bem equipada para a vacinação. Contudo a sala está desativada por falta de um termômetro, instrumento de baixo custo que há meses foi solicitado. “Temos uma USF considerada modelo, tem um computador em cada sala, mas não conseguimos um termômetro pra fazer a sala de vacinação funcionar” (Entrevista realizada com membro da Equipe de Saúde da Família, 2015).

No que diz respeito ao acesso geográfico, a Unidade de Saúde da Família do Engenho do Meio apresenta uma localização estratégica para o atendimento ao público: no centro da área mais densamente povoada do bairro, a Zona Especial de Interesse Social Vila Redenção. O fato de estar localizado nas proximidades da rodovia BR-101 é mais um fator facilitador ao acesso dos usuários.

Apesar de localizada em uma área estratégica e de dispor, em suas proximidades, de quatro outras Unidades de Saúde da Família, a sobrecarga da demanda ainda é um entrave enfrentado pela USF do Engenho do Meio, bem como por boa parte das Unidades de Saúde analisadas no Distrito Sanitário IV. A população desta localidade dispõe dos serviços de uma única Unidade de Saúde da Família, sendo atendida por duas equipes que nela trabalham. Cada uma destas Equipes de Saúde da Família conta com seis Agentes Comunitários de Saúde, em um total de doze ACSs.

Como as atuais instalações não comportam a inclusão de mais uma Equipe, há um projeto para que esta USF seja transferida para o prédio do antigo Centro Social Urbano. Este imóvel é propriedade do Estado e foi cedido por dez anos para uma ONG que na atualidade não funciona mais. A pretensão é que após a transferência a USF passe a funcionar com três ou quatro Equipes, dentro do modelo que a nova gestão está chamando de “Upinha” diminuindo, assim, o déficit de cobertura existente na localidade².

² Os projetos das “Upinhas” atuarão no fortalecimento das ações ainda não consolidadas no âmbito da atenção básica que são os atendimentos de urgência e emergência de baixa complexidade, tendo como diferencial o funcionamento 24 horas e a implantação do consultório com atendimento médico noturno para usuários que apresentam dificuldades para acessar os serviços de saúde nos turnos convencionais. Contarão com três equipes de saúde da família, compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, e, em média, seis agentes comunitários de saúde. Haverá também três equipes de

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica, descrita na portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, “cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição”.

Não obstante, atualmente a Equipe I da USF do Engenho do Meio atende 4.174 pessoas cadastradas e a Equipe II trabalha no acompanhamento de 4.240 pessoas. Todavia este número não corresponde à totalidade dos residentes no bairro. Segundo a estimativa elaborada pela própria equipe, caso fossem realmente cadastradas todas as pessoas que residem no bairro, a Equipe I acompanharia 5.063 pessoas e já a Equipe II passaria de 7.000.

De acordo com dados do último censo do IBGE a população total do Engenho do Meio está em torno de 10.211 pessoas. A referida Unidade de Saúde da Família ainda atende a um recorte territorial pertencente ao bairro da Iputinga, o que corresponderia a uma população total de 13.000 pessoas a serem atendidas por duas Equipes de Saúde da Família. Este número é consideravelmente superior à capacidade de atendimento de apenas duas equipes.

A Política Nacional da Atenção Básica ainda recomenda que a definição do número de pessoas por equipe deve considerar o grau de vulnerabilidade das famílias daquele determinado território, e quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

Na prática, o que ocorre nestas localidades mais vulneráveis é uma redefinição da extensão da área de atuação dos ACSs. Fato este que não interfere necessariamente no número de pessoas a serem atendidas, visto que, no geral, são locais mais densamente povoados; “Não há muita diferença do número de famílias acompanhadas por um ACS e por outro. Se há uma diferença grande a gente tenta administrar” (Entrevista realizada com gestor, 2015).

Em Roda de Fogo a gente tem uma área que é o Casarão, que é bem carente mesmo. Então a Agente de Saúde que está ali, pega o casarão e pega só mais duas ruas. Porque o casarão é realmente muito denso, porque quando ela vai pro Casarão ela passa muito mais tempo do que quando ela passa nas outras ruas (Entrevista realizada com gestor, 2015).

Observe que nos relatos apontados é admitida a necessidade de readequação da extensão territorial da microárea, contudo há um trabalho no sentido de fazer com que os Agentes Comunitários de Saúde atendam a um número de famílias que não se distancie do quantitativo atendido pelos demais.

saúde bucal, formadas por um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal. Além do Engenho do Meio, a pretensão é que sejam construídas instalações nos bairros do Ibura, Torrões, Jardim São Paulo, Campo Grande, Alto José do Pinho, Jordão Baixo, Água Fria, Encruzilhada e Zumbi.

Ainda de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, um Agente Comunitário de Saúde deve ser responsável por, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas. O critério para definição destas famílias por ACS é estritamente populacional, não levando em consideração a vulnerabilidade ou especificidade territorial, nem o princípio da equidade, conforme previsto em Lei.

Da população residente no Engenho do Meio, apenas 30% é cadastrada, ou seja, mais de 3.000 pessoas não estão sendo atendidas, segundo dados levantados pela Equipe de Saúde da Família da localidade. Há então uma população oculta, que pode vir a solicitar o atendimento da USF, conforme visualizado na tabela 1.

Tabela 1: Avaliação de população adscrita na USF Engenho do Meio – Equipe I e II.

Microárea	Nº Pessoas Cadastradas	Nº Domicílios Cadastrados	Nº Domicílios extras (S/ Cadastro)	Nº Pessoas extras (S/ Cadastro)	Total de pessoas (Cadastro + s/ Cadastro)
EQUIPE I					
1	625	187	18	60	685
2	800	201	24	80	880
3	690	170	74	247	937
4	709	192	49	164	873
5	736	164	15	50	786
6	615	184	86	287	902
Total	4.174	1.098	266	888	5.063
EQUIPE II					
1	770	195	74	247	1.017
2	639	170	257	858	1.497
3	784	204	22	73	857
4	611	195	15	50	661
5	695	200	30	100	795
6	741	198	283	945	1.686
Total	4.240	1.162	681	2.275	6.515

Fonte: Levantamento de dados na Unidade de Saúde, 2015.

Os dados informados na tabela 1 ainda demonstram que, em algumas microáreas, o número de pessoas cadastradas já passa do que é estipulado como limite máximo de 750 pessoas. E caso seja solicitado o cadastro pelos demais que residem nesta área, dez das doze microáreas terão ultrapassado este limite. É importante salientar que, no momento da pesquisa, este levantamento do número de famílias atendidas por ACS ainda estava sendo realizado e alguns Agentes de Saúde ainda não tinham finalizado a contagem. Desta forma, segundo informações da Equipe, os números na realidade são consideravelmente maiores do que os apresentados nesta tabela.

Inicialmente, os cadastros eram oferecidos a todos os residentes. Todavia, pela sobrecarga na procura, estes cadastramentos passaram a ser feitos apenas às pessoas que realmente precisavam do acompanhamento. O problema reside justamente neste fato: como avaliar quem precisa? Obviamente, é fácil identificar que há pessoas que apresentam uma vulnerabilidade maior, entretanto

todos precisam de atenção à saúde conforme é assegurado por Lei e descrito no princípio da universalidade.

Diante deste impasse, optou-se pelo não cadastramento de indivíduos que possuíam plano de saúde. O que não representou uma solução, visto que, diante das dificuldades econômicas e da pouca estruturação de alguns planos de saúde, há uma parcela considerável da população que procura a USF, mesmo tendo acesso a algum plano de saúde privado:

A gente tá só inflando, inflando...e a gente tem que trabalhar sempre no limite. A gente trabalhava com a lógica de não atender as pessoas dos prédios, achava que quem estava em prédio era melhor economicamente, mas hoje não é. O plano de saúde pesa no bolso de qualquer um. A gente precisa rever essa quantidade, rever quais são as prioridades e rever essa lógica, que a gente não pode trabalhar com a lógica que a gente trabalhava há quatro anos (Entrevista realizada com membro da Equipe de Saúde da Família, 2015).

Nas abordagens feitas no intuito de realizar as entrevistas, inúmeros foram os casos de pessoas que revelaram que estavam acessando recentemente à Unidade de Saúde, por não possuírem mais um plano de saúde. E mesmo os que possuem são atraídos pelo acesso aos medicamentos distribuídos gratuitamente na USF.

O que há é um território recortado que não atende à lógica da universalidade, e, numa tentativa de ser equânime, de dar acesso a quem mais precisa, acaba excluindo quem também tem direito ao atendimento. Existe desta forma, um atendimento inflacionado, com pouca capacidade de resolatividade, e que não tem mais capacidade de realizar novos cadastros.

A USF do Engenho do Meio está localizada na ZEIS de Vila Redenção que corresponde à área mais densamente povoada e que necessita de uma atenção mais detalhada por se tratar de uma localidade que apresenta um risco maior à saúde, diante das condições ambientais e sociais nas quais está inserida.

Pela lógica da divisão que levasse em consideração a especificidade do território, a comunidade em questão deveria corresponder à microárea com menor número de pessoas, para que a atenção fosse verdadeiramente diferenciada, fato este que não acontece. Territorialmente é menor, porém, pelo adensamento populacional, a quantidade de indivíduos cadastrados é semelhante às demais microáreas. Para uma divisão adequada destas microáreas deveria ser realizado anteriormente um estudo de vulnerabilidade social e risco para que estas pessoas pudessem ser melhor acompanhadas.

Tabela 2: Grau de satisfação dos ACSs com o número de famílias a atender - Distrito Sanitário IV do Recife.

Grau de Satisfação	Frequência	Percentual
Muito Grande	36	23,6
Mais ou Menos	45	29,6
Nenhuma	70	46,1
Total	151	99,3
Não respondeu	1	0,7

Fonte: Levantamento de dados no campo, 2015.

Todos estes fatores aqui relatados implicam na generalizada insatisfação, por parte dos Agentes Comunitários de Saúde, com o número de famílias a serem acompanhadas em cada microárea. Isto é claramente evidenciado na tabela 2, onde mais de 75% dos ACS declararam estar medianamente, ou não satisfeitos com a quantidade de famílias que estão sob sua responsabilidade.

Este excedente de pessoas implica diretamente na qualidade do atendimento, visto que se um ACS deve visitar, ao menos mensalmente, cada família. Quanto maior a quantidade, menor será o tempo dispensado ao acompanhamento para o cumprimento da meta. Este fato foi inclusive verificado nas incursões de campo. Ao acompanhar as visitas dos ACSs foi possível observar que, em muitos casos, a visita se resume apenas à coleta de assinaturas: “Todo dia eu tenho de 8h até o meio dia pra visitar 10 casas. Às vezes quando eu demoro muito numa casa, me bate uma agonia, porque fico pensando que eu demorei numa casa e preciso visitar outras pessoas” (Entrevista com membro da Equipe de Saúde da Família, 2015).

Tal fato também é alvo de reclamações por parte dos usuários: “A pessoa passa dois minutos numa residência e isso acontece com muitos agentes de saúde. O problema não é nem porque a agente de saúde não vai, é a falta de atenção dela com as pessoas” (Entrevista com usuário da Estratégia de Saúde da Família, 2015). Estas dificuldades operacionais acabam por limitar o poder de atuação da Estratégia de Saúde da Família nestas comunidades, interferindo, inclusive, no grau de satisfação dos ACS no que diz respeito às condições de trabalho a que são submetidos. Fato que fica explícito na tabela 3, a seguir, por meio da qual é possível observar que quase 50% dos ACSs entrevistados relataram nenhuma satisfação com as condições de trabalho então proporcionadas.

Tabela 3: Grau de satisfação dos ACSs com as condições de trabalho. DS IV-Recife.

Grau de Satisfação	Frequência	Percentual
Muito Grande	21	13,8
Mais ou Menos	56	36,8
Nenhuma	74	48,7
Não respondeu	1	0,7
Total	152	100,0

Fonte: Levantamento de dados no campo, 2015.

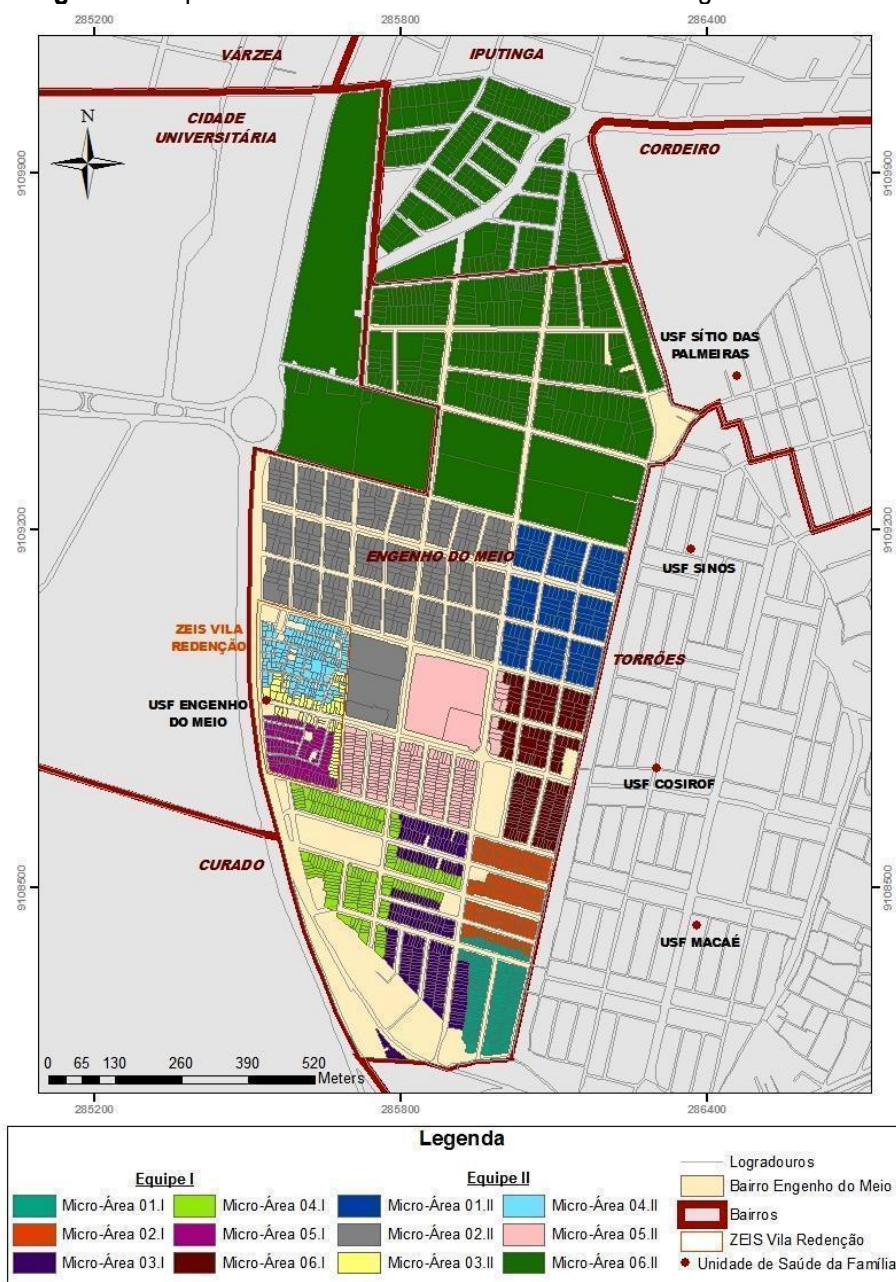
Outro conflito identificado reside na inclusão de pessoas não pertencentes à área adscrita da Unidade de Saúde da Família. Coincidentemente, antes de iniciar a entrevista com um dos membros da Equipe, foi possível presenciar a solicitação de um casal que precisava de um encaminhamento. Eles residem em uma localidade fronteiriça entre o território de atuação de duas Unidades de Saúde da Família. Mas, apesar da localização “privilegiada” de sua residência, a área em que habita o citado casal não é coberta por nenhuma das USFs. Por este motivo, quando precisam de atendimento, sem outra opção, seguem diretamente para os centros de referência.

Tem lugares que em um lado da rua tem atendimento do PSF e do outro lado não tem atendimento, porque é uma área que não é nem do Engenho do Meio, nem do Sítio das Palmeiras. Aí tem que ir pras unidades tradicionais, no caso, o Joaquim Cavalcanti, que é na Avenida do Forte, bem distante (Entrevista realizada com membro da Equipe de Saúde da Família, 2015).

Para Raffestin (1993) pensar o território é fazer uma referência implícita à noção de limite que, mesmo não sendo traçado, como geralmente ocorre, traduz a relação que um grupo nutre com uma porção do espaço. Este autor destaca que, o limite cristalizado se torna ideológico, porquanto justifica territorialmente as relações de poder.

O estabelecimento destes limites na Estratégia de Saúde da Família é extremamente complexo, pois as bases territoriais utilizadas são um espaço composto por elementos de ordem política, cultural, histórica, geográfica, econômica e estes, por sua vez, estão relacionados entre si. Neste contexto, a figura 2, a seguir, expõe a divisão das microáreas da USF do Engenho do Meio.

Figura 2: Mapa da divisão das Microáreas da USF do Engenho do Meio.



Fonte: Base Cartográfica FIDEM/UNIBASE. Elaboração: a autora.

Por meio do mapa anteriormente exposto (Figura 2) é possível identificar que, na área compreendida pela comunidade de Vila Redenção (em destaque), atuam três Agentes Comunitários em um território consideravelmente inferior em extensão, principalmente quando comparado com a microárea mais ao norte do mapa. No entanto, a divisão do número de famílias é equiparada aos demais, como visto anteriormente.

A USF do Engenho do Meio dispõe de duas equipes e cada uma delas atende seis microáreas. Cada microárea, por sua vez, corresponde ao território de atuação de um Agente

Comunitário de Saúde. No que diz respeito ao território de atuação, a equipe II é visivelmente maior que a equipe I.

Há microáreas com três ou quatro ruas, em contraponto, a microárea 6.II, demonstrada na Figura 2, possui mais de vinte ruas. Trata-se de uma localidade integrada à equipe há poucos anos e que anteriormente pertencia à Unidade de Saúde da Família do Sítio das Palmeiras. É um local composto, em sua maior parte, por prédios e, em geral, tem uma população com um nível socioeconômico mais elevado. À maior parcela das famílias desta localidade, o cadastro nem foi oferecido.

Mendes (1999) aponta que o território da microárea deve ser definido levando em consideração a lógica da homogeneidade socioeconômica e sanitária. Tal afirmação traz à tona outra limitação observada: a não contiguidade das áreas, conforme demonstra a microárea 03.I que é cruzada por outra micro (Figura 2) e expressa na fala de alguns profissionais “Tem rua que eu faço quatro casas, uma casa no começo, outra no meio e outra lá no final (Entrevista realizada com membro da Equipe de Saúde da Família, 2015).

Tal situação é ainda agravada pelos “acordos” estabelecidos entre os Agentes de Saúde. Uma rua que hoje é atendida por um determinado ACS pode ser realocada para outro ACS, por um curto período ou permanentemente. Arelado a isto, a mudança constante de moradores dificulta ainda mais a definição das microáreas.

Esta dinamicidade acaba por inter cruzar territórios com características sociais, ambientais e sanitárias distintas, dificultando sobretudo uma atenção à saúde que leve em consideração as especificidades locais. Além disso, o vínculo população-ACS, tão importante para a eficácia da ESF, é sensivelmente prejudicado. Estes são fatores que tornam desafiadora a construção de uma base cartográfica que aponte a real espacialização das microáreas.

Tal situação vai de encontro ao que é estabelecido pelo Ministério da Saúde, visto que o indicado é que a área deve ser composta por uma população com certa homogeneidade socioeconômica e epidemiológica, sendo denominadas de áreas homogêneas de risco (BRASIL, 1997).

As deficiências dos critérios de subdivisão das microáreas foram também identificadas no Distrito Sanitário V, por meio da pesquisa realizada por Santana (2013). A autora propôs também novos critérios para definição de microáreas baseados na multiplicidade envolvida nos territórios de atuação. A realização desta citada pesquisa se deu justamente num período em que foi instituída a Divisão de Informações Estratégicas da Prefeitura da Cidade do Recife e um dos primeiros levantamentos realizados por meio desta equipe foi o mapeamento das microáreas localizadas na cidade. Após este

levantamento, tomando por base os critérios descritos por Santana (2013), a prefeitura iniciou um processo de reorganização das microáreas, contudo, até o momento ainda limitado às áreas de abrangência das Upinhas inauguradas recentemente.

De acordo com Aquino (2002), o território da microárea se constitui num espaço privilegiado para o desenvolvimento de intervenções e sua delimitação é indispensável à organização do processo de trabalho das equipes, o qual deve ser guiado pela garantia do acesso da população aos serviços e pela identificação dos riscos apresentados no território.

Para a demarcação destas áreas de abrangência devem-se levar em consideração as redes espaço-temporais que definem a dinâmica territorial, incluindo a participação da população envolvida, sem desconsiderar as relações sociais de poder existentes no território (CARVALHO et al., 2001).

Levar em consideração esta visão de território é justamente um dos principais desafios enfrentados pelo setor de saúde na organização dos seus serviços. Sendo o modelo de atenção e de gestão intimamente associado às relações de poder, a territorialização das ações tem por premissa a necessidade de aproximação da gestão dos serviços com as relações de poder localmente estabelecidas.

Neste sentido, Raffestin (1993) aponta que a configuração territorial se constitui por meio da demarcação de limites ou fronteiras, estabelecida em distintos níveis ou escalas, segundo as funções e a natureza das malhas configuradas. Destaca ainda que os limites não são aleatórios, uma vez que revelam projetos sociais que determinam territorialmente relações de poder.

Haesbaert (1995) faz destaque ainda a uma dupla dimensão do território. Ele pode ser correspondente ao sentido político ligado às relações de poder e, concomitantemente, a apropriação pode se dar no sentido simbólico, marcada pelas relações sociais que produzem identidade e vínculos.

Neste contexto, é preciso observar que o não reconhecimento ou a má definição das bases territoriais estabelecidas nas políticas públicas de saúde pode até mesmo agravar algumas dificuldades já conhecidas. Esta questão perpassa a mera necessidade de redefinição dos recortes territoriais. Enquanto o território, em toda sua complexidade, for previsto apenas nos documentos normativos e não na prática destes serviços, a tendência é que os entraves sejam mantidos. Dificultar o acesso já no primeiro nível de atenção implica num sério comprometimento de utilização dos serviços disponibilizados nos seguintes níveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde (SUS) conseguiu alcançar muitas de suas metas e sua implantação implicou em um considerável acréscimo de oferta de serviços, sobretudo no âmbito municipal. No entanto, assegurar a eficácia da rede de cuidados de modo a garantir a equidade e integralidade continua sendo um desafio ainda não superado pelo sistema. A desigualdade no acesso, na oportunidade de utilização dos serviços e na disponibilização de recursos torna a problemática ainda mais complexa e de difícil resolução.

O planejamento do setor de saúde precisa reconhecer a distribuição de seus serviços e usuários em distintas escalas, desde nacional à local. Tal análise permite que seja empreendida uma investigação acerca da universalização do acesso. Além disso, o mapeamento das redes estabelecidas pelo deslocamento das pessoas que buscam atendimento pelo Sistema Único de Saúde possibilita a identificação de lacunas na distribuição dos serviços. O que se vê na atualidade, de forma geral, é uma insuficiência de mecanismos que garantam a conexão entre os serviços ofertados e a demanda apresentada, o que tem colaborado para a manutenção da insuficiente eficácia do sistema de saúde brasileiro.

A Estratégia de Saúde da Família representou um considerável avanço ao Sistema Único de Saúde. Por meio dela, o usuário passou a ser avaliado, não mais como um indivíduo, mas como integrante de um contexto familiar, residente em um território que apresenta características físicas, ambientais, sociais e econômicas específicas, e estas, por sua vez, expõem a população a diferentes graus de risco à saúde.

Sendo a entrada preferencial da rede de serviços, a atenção básica tem a responsabilidade de coordenar a assistência no território, desenvolvendo a intersetorialidade para a promoção da saúde e ampliação do acesso. É um dos grandes responsáveis pela redução de custos por reduzir a necessidade de procedimentos mais onerosos.

A utilização do território como categoria para operacionalização das ações na saúde pode incorporar diversas funções. A primeira delas está intimamente relacionada à definição da área de atuação das unidades de saúde reveladas na adscrição da população. Essa demarcação é concretizada por meio do critério populacional, conforme é expresso nos documentos normativos.

Passados vários anos desde a criação do então denominado Programa de Saúde da Família, a definição da base territorial que determina o planejamento das ações das equipes prossegue utilizando os mesmos critérios. Desde então, não houve proposta implementada de readequação das áreas e microáreas, mesmo diante da complexidade e dinamicidade envolvidas no modelo de gestão

que considera o território na organização dos serviços. Há que se considerar na definição dos territórios-área as relações de poder que compõem o território; as redes que os interconectam; as subjetividades presentes no lugar; condições físicas, ambientais, sociais e técnicas existentes.

Apesar da limitação dos critérios ainda empregados na gestão dos territórios e dos documentos normativos que os definem, recentemente, ocorreram algumas iniciativas importantes. A primeira delas foi o levantamento realizado pela Prefeitura da Cidade do Recife, no ano de 2014, que teve como foco a representação cartográfica das microáreas situadas no Recife. Assim, em conjunto com algumas pesquisas realizadas, teve início um debate acerca dos critérios utilizados na definição dos recortes territoriais atualmente utilizados na Estratégia de Saúde da Família.

A caracterização e identificação desta base territorial significou um avanço, pois até então este levantamento era apenas realizado informalmente por algumas Equipes de Saúde da Família. Todavia, fazer com que a reflexão advinda deste levantamento signifique, na prática, uma redefinição dos critérios utilizados na definição das áreas de atuação ainda é um alvo não alcançado.

É importante salientar que além da compreensão do território limitada à visão político administrativa, a gestão também entende o território como área de responsabilização de equipes. Deste modo, qualquer agravo ou mortalidade por causas evitáveis que ocorrer com um usuário da área adscrita, a equipe que o acompanha é responsabilizada. Obviamente, isto significou um avanço quando comparado ao que era praticado no sistema de saúde tradicional, contudo, é importante que as equipes funcionem em conjunto, apesar de responsabilizadas por grupos populacionais distintos.

A utilização da categoria território nas políticas públicas de saúde pode implicar em uma melhor compreensão a respeito do processo saúde-doença, identificação e espacialização dos riscos e, sobretudo, no levantamento das reais necessidades da população que compõe o território de atuação, por meio da observação das dimensões ambientais, sociais e econômicas e, deste modo, subsidiar o planejamento e alocação de recursos tecnológicos e financeiros. Estas especificidades e particularidades devem ser previstas na organização e planejamento das ações na saúde, contudo o trabalho deve ser realizado no sentido de não permitir que esta visão implique na fragmentação das ações que são realizadas por equipes, como observado no relato apresentado anteriormente.

Diante do debate empreendido acerca do questionamento que guiou a análise, serão elencados alguns pontos aqui considerados fundamentais e dignos de atenção no processo de planejamento e organização dos serviços: revisão dos critérios estabelecidos para a definição dos recortes territoriais atualmente utilizados na ESF; redefinição das microáreas (em conjunto com as Equipes e ACSs) de modo a tornar as áreas mais homogêneas e menos extensas, para que o Agente

Comunitário de Saúde tenha reais condições de acompanhar as famílias que lhes são devidas; redução do quantitativo de Famílias acompanhadas por ACS e por Equipe, por meio do incremento no número de profissionais em relação aos que hoje atuam; reorganização do acolhimento para que tal proposta não represente uma sobrecarga desnecessária à Unidade de Saúde da Família e, sobretudo, revisão dos fatores que têm enfraquecido o trabalho preventivo realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde junto às comunidades.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, R. Conhecendo o território. In: AQUINO, R. et al. **Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família**. Salvador: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, 2002.
- BARCELLOS, C. A saúde nos Sistemas de Informação Geográfica: apenas uma camada a mais? **Caderno Prudentino de Geografia**, São Paulo, v. 25, n. 1: p. 29-43, 2003.
- BARCELLOS, C.; BASTOS, I. Geoprocessamento, ambiente e saúde: uma união possível? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 389-397, 1996.
- BERTOLOZZI, M. R.; NICHIAITA, L. Y. I.; TAKAHASHI, R. F.; CIOSAK, S. I.; HINO, P.; VAL, L. F.; GUANILLO, M. C. L. T. U.; PEREIRA, E. G. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**; v. 43, n. 2, 2009.
- BEZERRA, A. C. V. **A consolidação das ações de campo da vigilância em saúde ambiental: heranças e desafios à territorialização**. Tese de Doutorado, Recife: Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal de Pernambuco, 2012.
- BITOUN, J. A política de saúde e as inovações na gestão local. **Cidadania, cidade é notícia**. Recife: Etapas, n. 4. Abril/Maio, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1886/GM de 18 de dezembro de 1997**. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, out. 2011.
- CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JR, L. **As bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL e Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva, 2001.
- CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, v.13, n.3, p.469-78, 1997.
- FRIEDRICH, D. B. C.; PIERANTONI, C. R. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **Physis**, v.16, n.1, p.83-97, 2006.
- HAESBAERT, R. **O Mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.
- HAESBAERT. Desterritorialização: entre as redes e os aglomerados de exclusão. In: CASTRO, Iná Elias de et al. (Org). **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

- MENDES, E. V. (org.) **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO. 1999. 302 p.
- MERHY, E.E.; QUEIROZ, M.S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v.2, n.9, p.177-84, 1993.
- MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C. de; BARCELLOS, C; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. (Org.). **Território, Ambiente e Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v. 1, p. 23-41, 2008.
- MONKEN, M., BARCELLOS, C. O território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: FONSECA, A., (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 21, n. 3, p.898-906, 2005.
- OLIVEIRA, G. N.; FURLAN, P. G. Coprodução de projetos coletivos e diferentes 'olhares' sobre o território. In: CAMPOS, G. W. de S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.
- PEREIRA, M. P. B; BARCELLOS, C. O território no Programa Saúde da Família. **HYGEIA - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006.
- RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia do Poder**. São Paulo: Ática, 1993.
- SANTANA, M. M. de. **Território plataforma da vida e do trabalho vivo em saúde: análise do território trabalhado na ESF do Distrito Sanitário V em Recife/PE**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2013.
- SANTOS, M. O retorno do Território. In: SANTOS, M. et al. (Org.). **Território: Globalização e Fragmentação**. 4. ed. São Paulo: Hucitec: Anpur, 1998. p. 15-20.
- SILVA, P. L. B. Serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década. **São Paulo em perspectiva**. v. 17, n. 1, p. 69-85, 2003.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2004.