

Estratégia saúde da família: um olhar geográfico sobre o processo de territorialização em Aurora-CE

RESUMO

A saúde no Brasil tem experimentado mudanças significativas com a implantação do Sistema Único de Saúde. Uma das principais políticas de cuidado à saúde da população tem sido, neste contexto, a Estratégia Saúde da Família, cujo trabalho é organizado por uma equipe multiprofissional responsável por uma população em um território-alvo. O modo como este território é definido, no entanto, é aqui problematizado. Partimos da hipótese de que o processo de territorialização da ESF tem se pautado em processos político-burocráticos, atendendo a exigências de órgãos e instituições que desconsideram a dinâmica do território. Neste trabalho analisamos a territorialização da ESF na cidade de Aurora, sul do estado do Ceará. Para alcançar nossos objetivos realizamos pesquisa bibliográfica e documental, bem como entrevistas com atores-chave. O estudo apontou que a territorialização baseou-se na contagem de famílias pelos Agentes Comunitários de Saúde, sendo este o elemento condicionante para a demarcação geográfica dos serviços. Tal prática evidencia um reducionismo na concepção de território e territorialidade no SUS. Acreditamos que a participação da comunidade é um aspecto essencial para um melhor planejamento territorial em saúde, a partir do reconhecimento das formas geográficas e os usos do território pelos sujeitos que o constituem e o transformam.

PALAVRAS-CHAVE: Geografia. Território. Estratégia Saúde da Família. Aurora-CE

Jefferson Santos Fernandes
jefferson.geo.fernandes@gmail.com
Universidade Federal do Ceará. Fortaleza.
Ceará. Brasil.

Santiago Andrade Vasconcelos
santiagoavasconcelos@yahoo.com.br
Universidade Federal do Ceará. Fortaleza.
Ceará. Brasil.

1 INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil tem experimentado importantes mudanças com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como um direito universal e gratuito. Para garantir tal condição o Estado brasileiro precisou organizar-se sobre uma base territorial de modo a garantir o acesso a todo e qualquer cidadão em território nacional.

É neste contexto que surge a Estratégia Saúde da Família (ESF) nos anos 1990 como um modelo de atenção centrado no trabalho de uma equipe multiprofissional responsável por uma população adscrita¹ em uma área delimitada. O desafio operacional da ESF é desenvolver atividades de promoção, prevenção e reabilitação à saúde da população com base em um território-alvo.

O SUS através da ESF carece de uma delimitação geográfica para a organização dos serviços de saúde em nível local. Deste modo, a estruturação da atenção básica vem sendo realizada por meio da territorialização, que constitui uma técnica de planejamento utilizada para o controle e direção do fluxo de usuários no interior do sistema de saúde complexo. Esta territorialização, contudo, tem provocado algumas dúvidas e incertezas quanto ao método atualmente empregado pelos gestores e profissionais de saúde, uma vez que a adscrição de clientela tem sido o principal fator condicionante do processo. Define-se uma população a priori e o seu território com base na capacidade de oferta dos serviços, este é o ato territorializador. Assim, a territorialização, em geral, tem representado uma prática político-burocrática que, por vezes, não corresponde à realidade vivida e praticada no território.

A presente pesquisa tem por objetivo analisar a territorialização da ESF na cidade de Aurora-CE, desvendando alguns dos seus sentidos e possíveis limitações. Buscamos avaliar os critérios político-organizativos e a participação dos sujeitos sociais no referido processo, discutindo a ESF na perspectiva da organização territorial.

Para atingir tais objetivos optamos, como recorte metodológico, analisar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) Araçá I e II, na sede do município. Foram realizadas pesquisas bibliográficas e documentais, visitas in loco e a aplicação de questionários com a gestão municipal, os profissionais de saúde e as algumas famílias adscritas territorialmente a estas unidades.

Apontamos a perspectiva geográfica como uma forma de agregar propostas ao trabalho da ESF, sendo o território a categoria de análise mais recomendada para o planejamento e distribuição dos serviços. Assim, o que norteia este trabalho não é a contraposição aos avanços já alcançados na assistência à saúde, mas a construção de possibilidades que venham contribuir para a organização territorial da atenção básica.

2 A REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL E OS IMPASSES DA POLÍTICA DE TERRITORIALIZAÇÃO

A perspectiva inovadora e a complexidade intrínseca ao conjunto de princípios e diretrizes do SUS trouxeram a necessidade de realinhamento da filosofia da atenção à saúde no Brasil (VASCONCELOS e PACHE, 2006). A busca por alternativas que superassem a incapacidade do modelo hegemônico, centrado nas figuras do hospital e do médico, veio a resultar em novas propostas de modelos técnicos-assistenciais.

A ESF surge neste contexto com o objetivo de reorganizar o sistema nacional de saúde e, especialmente, a atenção básica. Originalmente está vinculada ao sucesso de algumas experiências nacionais e regionais bem-sucedidas, como o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no estado do Ceará no ano de 1987. O PACS foi implantado com a intenção de diminuir as iniquidades na prestação dos serviços de saúde, direcionado principalmente às comunidades carentes. Reconhecendo os avanços deste programa, o Ministério da Saúde em 1991 decide expandi-lo e transformá-lo em um programa de abrangência nacional. Por conseguinte, a fim de consolidar as propostas do PACS, em 1994 é implantado o Programa Saúde da Família (PSF).

Entendida como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação do SUS, dada a sua capacidade de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde de pessoas e coletividades, a ESF está orientada pelos princípios da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), documento que estabelece suas diretrizes gerais e seu processo de trabalho (BRASIL, 2012).

As atividades da ESF são desenvolvidas em uma UBS, que deve ser portadora de uma infraestrutura adequada para a realização dos serviços. Assim, teríamos a combinação entre uma tecnosfera, formada pela UBS, e uma psicofera, formada pela ESF, lembrando que “a tecnosfera é o mundo dos objetos, e a psicofera é as esferas das ações (SANTOS, 2012, p. 257).

No interior de um sistema de saúde complexo e descentralizado, a ESF constitui a porta de entrada dos indivíduos, das famílias e da comunidade através da atenção primária à saúde. Dada a sua magnitude, é tida pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante para a organização dos sistemas locais, e não somente um programa setorial.

A ESF é formada por uma equipe multiprofissional, conhecida como equipe de Saúde da Família (eSF). De acordo com a PNAB (BRASIL, 2012) a equipe deve ser composta por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Podem ser acrescentados, ainda, os profissionais de saúde bucal, a saber: um cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, um Auxiliar de Saúde Bucal e/ou um Técnico em Saúde Bucal.

Estes profissionais são responsáveis pela humanização das práticas de saúde com foco na satisfação do usuário. Têm na unidade familiar e na comunidade o principal objeto de intervenção, com atividades relacionadas ao diagnóstico da situação de saúde dos indivíduos, a abordagem interprofissional, prestação da assistência de forma continuada, educação em saúde (entre usuários e profissionais), planejamento das ações locais e a promoção da participação social

(BRASIL, 2012). Este conjunto de ações permite elevar o nível de saúde local com um modelo técnico-assistencial de baixo custo.

Para a operacionalização das ações na ESF, a PNAB estabelece como um dos seus princípios básicos:

I - Ter território adscrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade (BRASIL, 2012, p. 20, grifo nosso).

A atuação das equipes de Saúde da Família ocorre, portanto, através da chamada territorialização em saúde. Segundo Habataert (2004), a territorialização é um processo que consiste no domínio (político-econômico) e apropriação (simbólico-cultural) do espaço geográfico pelos grupos humanos. No setor saúde, aponta Faria (2013), é uma técnica de planejamento e uma política de Estado utilizada para planejar a localização e os modos de inscrição territorial dos serviços de saúde nas diversas escalas. Deste modo, a territorialização constitui-se na apropriação do território pelos serviços de saúde.

Uma importante crítica a este termo foi feita por Souza (2003), segundo a qual, a concepção sobre territorialização é um equívoco, pois o território é uma instância inerente a todas as coisas². Silveira (2013) destaca que o SUS está instalado sobre uma base territorial e todas as suas políticas e ações obedecem à lógica de limites de áreas. Assim, o sistema de saúde brasileiro necessita de delimitação geográfica para a organização dos serviços, sempre alinhado aos princípios da regionalização e hierarquização. Guimarães (2015) reforça essa ideia ao considerar que a expansão físico-territorial dos serviços de saúde demanda a análise de desafios operacionais da territorialização, ganhando ênfase o espaço sob o controle da ordem administrativa nas diferentes escalas de poder (municípios, estados e União).

A organização da ESF tem como principal desafio o desenvolvimento de um trabalho a partir da definição de um território-alvo. Uma equipe multiprofissional responsável por uma população em uma área delimitada, organizada de modo a prestar assistência em saúde com qualidade. O estabelecimento do território de referência deve ser capaz de promover um maior vínculo entre os usuários e os profissionais, com impactos positivos para a situação de saúde.

Em uma abordagem territorial que trate de limites e fronteiras, Faria (2013) considera que a ESF está fora deste contexto. Tudo o que limita acaba por limitar duplamente, incluindo de um lado, e excluindo de outro. Todavia, no âmbito de um sistema de saúde universalizado isso não constitui um problema, podendo ser representado pela demanda espontânea de usuários de outros territórios, uma vez que todo cidadão tem o direito de ser atendido em qualquer UBS indistintamente.

Cada equipe de Saúde da Família é responsável por no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 para uma maior equidade dos serviços. O número de ACS deve ser capaz de atender a 100% da população cadastrada, com

² “Fala-se muito hoje em territorialização da saúde. Isto é um enorme equívoco. O território usado é algo que se impõe a tudo e a todos. Logo, falar em territorialização de uma coisa é uma tautologia, pois todas as coisas necessariamente estão territorializadas. Nada pode ser adjetivado com o território. Ele é inerente a todas as coisas” (SOUZA, 2003, p. 14).

o máximo de 750 pessoas por cada agente e de 12 ACS para cada equipe de Saúde da Família. O quantitativo de usuários sob a responsabilidade de uma equipe deve estar de acordo com a vulnerabilidade das famílias no território, o que significa um menor número à medida que a vulnerabilidade do público-alvo é maior (BRASIL, 2012).

A atenção primária é o nível de atenção do SUS que necessita de uma melhor definição de sua base geográfica, pois constitui o primeiro contato dos usuários com o sistema. A territorialização deste setor é uma metodologia que recebeu forte influência de propostas teóricas da OPAS (Organização Panamericana de Saúde) nos anos 1980, tendo como base algumas experiências internacionais (FARIA, 2013). Nos dizeres de Gondim et al (2008) este é o ponto de partida para a organização dos serviços e das práticas de vigilância em saúde. O espaço delimitado permite a materialização do planejamento por meio de informações sobre a saúde e as condições de vida da população.

O modo como o território da saúde da família é delimitado, entretanto, gera algumas dúvidas e incertezas quanto a sua eficiência. Em geral, a territorialização da ESF é realizada através da adscrição de clientela, onde os ACS cadastram um determinado número de famílias de forma a agregar um conjunto de pessoas geograficamente e estabelecer o território ao qual estas devem pertencer.

A PNAB prevê que todos os profissionais envolvidos na ESF participem do processo de territorialização e mapeamento de suas respectivas áreas de atuação, identificando indivíduos, famílias e grupos em condições de vulnerabilidade (BRASIL, 2012). Na prática, os desdobramentos deste processo acabam por resultar em ações burocráticas e alheias as formas do território. É o que aponta os estudos feitos por Pires (2007), Aranha (2010), Faria (2013) e Silveira (2013), ao constatar que a espacialização dos serviços de atenção primária está orientada por uma perspectiva política-administrativa de espaços geometricamente definidos.

De acordo com Pires (2007) a tomada de decisão sobre a localização dos serviços de saúde tem se pautado por técnicas de planejamento que nem sempre são adequadas às distintas realidades do território. A autora destaca uma certa preocupação dos gestores de saúde em relação a distribuição geográfica dos serviços sem, no entanto, avaliá-los do ponto de vista de uma abordagem geográfica, ou seja, como se dá a sua distribuição espacial e como os agrupamentos humanos interagem com estes equipamentos e infraestruturas.

Faria (2013) considera a existência de uma tríade na territorialização da ESF a que chama de “serviço-oferta-território”. O serviço é o agente apropriador, responsável pela demarcação dos limites territoriais; a oferta é a estratégia, ou seja, a ação territorializadora do Estado, o que caracteriza uma relação de poder; enquanto o território é a área apropriada pelo serviço. Em uma perspectiva de adequação da ESF aos perfis do território, a tríade apresentada deve estar em posição invertida.

A crítica a este processo reside no fato de que é necessário o reconhecimento do território em seus diversos contextos de uso, pois é no território usado, sinônimo de espaço geográfico (SANTOS e SILVEIRA, 2001), que os diversos atores políticos interagem e produzem situações de saúde.

Há que se discutir, no âmbito das políticas de saúde, o descompasso existente entre as normas e as formas do território, isto é, como o território realmente é e

como vem sendo tratado pela ESF (ARANHA, 2010). Não obstante o fato da PNAB destacar a necessidade do reconhecimento dos contextos sociais, econômicos, culturais e epidemiológicos do território, a territorialização da ESF tem se pautado no critério populacional como única norma definidora para as áreas de abrangência. Isto se deve, em parte, ao fato da própria PNAB não especificar métodos alternativos além da adscrição de clientela.

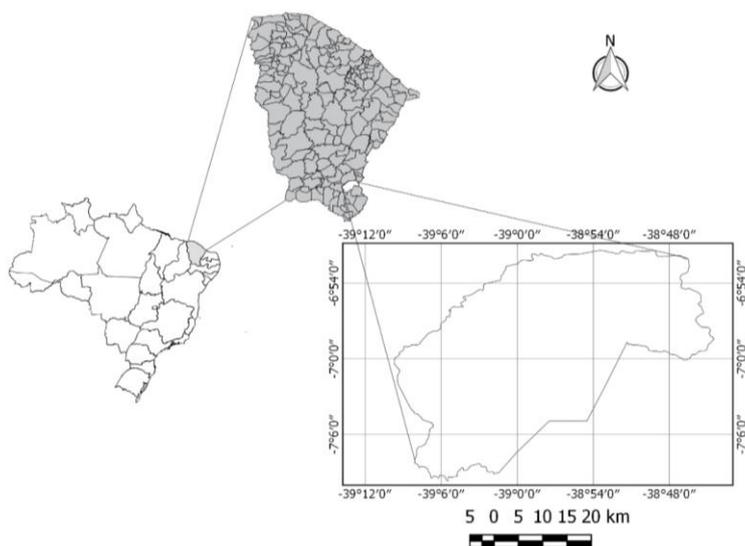
É com base nestes fatos que surge a questão inquietante da presente pesquisa: como foram definidos os territórios da Estratégia Saúde da Família na cidade de Aurora-CE? Nossa hipótese é de que o processo de demarcação territorial ocorreu de forma burocrática e não participativa, limitando-se aos dados coletados pelos ACS e o mapeamento a partir de suas microáreas e a não interação comunidade-equipe de saúde da família-gestores de saúde para o melhor reconhecimento do território. Tal processo acaba por não acompanhar as sinuosidades do território em seus vários contextos de uso, evidenciando assim um certo reducionismo no planejamento territorial.

3 A GEOGRAFIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM AURORA-CE

Aurora é um município situado na região do Cariri, na porção sul do estado do Ceará (Figura 1). Está localizado à 470 km de distância da capital Fortaleza, com uma população estimada de 24.699 habitantes de acordo com a estimativa do IBGE para o ano de 2018.

A municipalização da saúde em Aurora tem a ESF como modelo de atenção norteador para as ações de cuidado à saúde da população. A municipalização é uma diretriz organizativa do SUS que amplia a capacidade de gerenciamento das estratégias de saúde no município, aumenta a capacidade de oferta de serviços, aproxima as demandas da população e imprime uma maior participação da comunidade no controle das políticas sociais.

Figura 1– Localização do Município de Aurora-CE



A atenção básica é tida como o nível assistencial cuja efetivação deve ser garantida em sua totalidade pela esfera municipal, de acordo com as regulamentações do SUS e do Plano Municipal de Saúde de Aurora (PMS) para o período compreendido entre os anos de 2014 e 2017. O PMS de Aurora destaca, entre outros assuntos, a “ampliação das equipes de Saúde da Família no município e a definição das áreas de abrangência das UBS” (AURORA, 2014, p. 82), bem como os serviços de média e alta complexidade dispostos de forma regionalizada através de pactos intermunicipais.

Assim como todos os municípios brasileiros os serviços de saúde em Aurora são orientados pelas premissas do SUS. A regionalização e a hierarquização se materializam por meio da instituição do Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR) do estado do Ceará, editado em 2014, estando Aurora entre os municípios da Macrorregião do Cariri, na porção sul do estado.

Considerando que a materialidade é uma condição e um convite à ação (SANTOS, 2012) e que as infraestruturas do setor saúde são condicionantes para o bem-estar da população, a análise das configurações territoriais em Aurora é um aspecto essencial. Por possuir baixa densidade técnica e demográfica, o município de Aurora não está entre os centros de referência na regionalização dos serviços de saúde do estado do Ceará, com uma infraestrutura voltada essencialmente para a atenção primária e secundária (Quadro 1).

Quadro 1 – Estabelecimentos de saúde por níveis de atenção, Aurora-CE

Níveis de Atenção	Estabelecimentos	Quantidade
Atenção Primária	Unidade Básica de Saúde	12
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	01
Atenção Secundária	Centro de Especialidades Odontológicas	01
	Centro de Atenção Psicossocial	01
	Policlínica Municipal Dr. Acilon Gonçalves	01
	Hospital Geral Ignez Andreaza	01
Atenção Terciária	-	00
TOTAL		17

Fonte: DATASUS/SISAB (2018)

Os principais estabelecimentos de saúde para o atendimento da população em Aurora são, portanto, as UBS. Pires (2007) considera que, do ponto de vista geográfico, a UBS é representada por um ponto no espaço, com uma rede de fluxos modelada pelas características do território a que pertencem, relacionando-se com seu entorno de forma dinâmica. A distribuição espacial das UBS em Aurora entre zona rural e urbana apresenta um relativo equilíbrio, observadas as densidades demográficas dos territórios adscritos (Quadro 2).

Perseguindo os objetivos do PMS de Aurora (2014-2017) no ano de 2016 a ESF alcançou a meta de 100% de cobertura populacional e famílias cadastradas. Realizou-se a territorialização a partir do funcionamento de 12 UBS de modo a “reterritorializar as áreas da Estratégia Saúde da Família, consolidar as unidades da atenção básica e reorganizar as áreas de abrangência em microáreas” (AURORA, 2014, p. 82).

De acordo com a Lei 8.080/90 em seu Art. 10 § 2º “no nível municipal o SUS pode organizar-se através de distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas para a cobertura total das ações em saúde” (BRASIL, 1990).

Estes distritos em Aurora estão estruturados como territórios de atenção básica, em consonância com a capacidade técnica e administrativa do município.

A base cartográfica fornecida pela SMS nos mostra um delineamento que representa o primeiro passo para compreendermos a territorialização da ESF (Figura 2).

Quadro 2 – UBS por zona e população adscrita, Aurora-CE

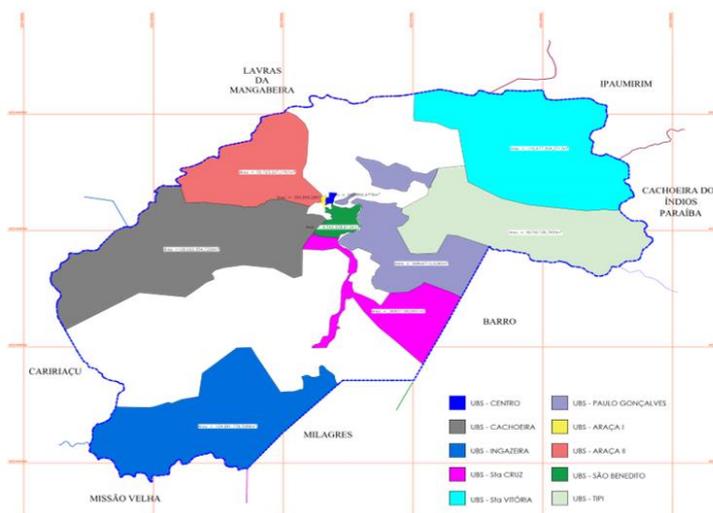
Zona	Unidade	População por UBS*	População por zona	%
Urbana	UBS Paulo Gonçalves	2.414	12.773	50,4
	UBS São Benedito	2.741		
	UBS Araçá I	2.387		
	UBS Araçá II	2.849		
	UBS Centro	2.382		
Rural	UBS Tipi	1.844	12.567	49,6
	UBS Ingazeira I	2.469		
	UBS Ingazeira II	1.090		
	UBS Santa Vitória	2.133		
	UBS Santa Cruz	1.648		
	UBS Cachoeira	1.712		
	UBS Calumbi	1.671		
TOTAL	12	25.340	25.340	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Aurora-CE (2017)

*Dados populacionais IBGE (2016)

No atual perfil do sistema de saúde brasileiro, o território assume um papel fundamental. Para o planejamento da atenção básica, a definição dos limites geográficos deve ser o mais preciso quanto possível. Em conformidade com as diretrizes da PNAB e das orientações no PMS de Aurora (2014-2017), as equipes da ESF têm autonomia para utilizar os critérios que acharem convenientes na territorialização de suas áreas, desde que sejam respeitadas as condições socioeconômicas, sanitárias e político-administrativas locais.

Figura 2- Territórios da Estratégia Saúde da Família em Aurora-CE



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Aurora-CE

4 OS SUJEITOS SOCIAIS NO PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM AURORA-CE

A participação dos sujeitos sociais na territorialização da atenção básica é um importante passo para a construção democrática do SUS. Segundo Silveira (2013), a territorialização deve ser compartilhada entre os gestores e profissionais de saúde e a população assistida, observando-se as condições de vida e infraestrutura disponível para a solução dos problemas sanitários da comunidade, de modo a criar um ambiente de responsabilização para a consolidação da ESF.

Aqui entendemos como atores sociais a gestão municipal de saúde de Aurora, os profissionais de saúde e as famílias territorialmente pertencentes às UBS Araçá I e II (escolhidas por estarem localizadas no bairro Araçá, que possui a maior dinâmica econômica e social do município).

Figura 3 - Localização das UBS Araçá I e II na cidade de Aurora-CE



Fonte: Google Earth/C7 GPS Dados

Elaboração: FERNANDES, J. S (2018)

Desta feita foram entrevistados a diretora do Departamento de Atenção Básica do município, as equipes de saúde das UBS Araçá I e II e um percentual de famílias distribuído conforme a tabela abaixo.

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual de famílias participantes da pesquisa

UBS	Famílias Cadastradas	Famílias Entrevistadas	%
Araçá I	808	40	4,9
Araçá II	899	48	5,3
TOTAL	1.707	88	10,2

Fonte: FERNANDES, J. S (2018)

Adotamos como critério para a seleção das famílias participantes da pesquisa uma distribuição por microáreas, que segundo Pires (2007) constitui a menor unidade territorial do SUS. Foram escolhidas 08 famílias para cada território de atuação dos ACS, sendo que a UBS Araçá I possui 05 microáreas (40 famílias participantes) e a UBS Araçá II 06 microáreas (48 famílias participantes). As entrevistas foram aplicadas em forma de questionário durante o mês de março de 2018 e as visitas as famílias foram realizadas na companhia dos ACS em seus respectivos territórios.

O planejamento da territorialização das UBS Araçá I e II teve início em junho de 2015, quando a Prefeitura Municipal de Aurora por meio do Decreto nº 190801/2015 promoveu a realização de concurso público para o cargo de ACS visando a redistribuição e cobertura de áreas desassistidas pela ESF (AURORA, 2015). De acordo com a Diretora do Departamento de Atenção Básica do município havia uma sobrecarga de trabalho na UBS Araçá I que contava com somente 09 ACS, evidenciando a necessidade de uma reterritorialização e a construção de uma nova unidade no bairro. Atendendo a estas exigências a UBS Araçá II foi construída no ano de 2016 (Imagem 1).

Imagem 1 – Vista parcial da UBS Araçá I e Araçá II



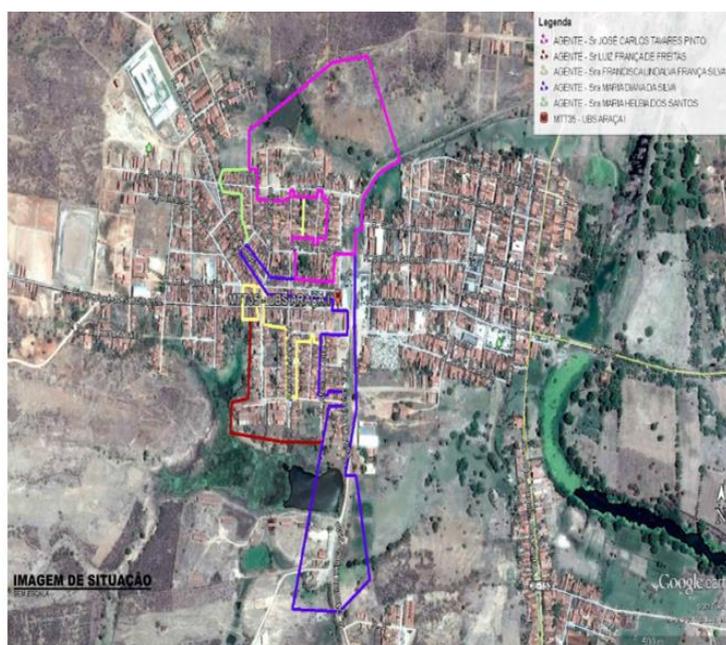
Fonte: FERNANDES, J. S (2018)

Passada a fase do certame para o cargo de ACS no município de Aurora e com a inauguração da UBS Araçá II em 2016 é feita a redistribuição do território do

bairro Araçá. A SMS através de um levantamento inicial reuniu-se com a coordenação das referidas unidades (geralmente uma enfermeira de nível superior) para discutir o planejamento das atividades de territorialização, onde cada equipe de saúde faria o (re)cadastro de usuários para a organização da sua base territorial (AURORA, 2017). As pessoas e famílias foram identificadas pelos seus endereços por meio da “Ficha A” dos ACS, que constitui um importante instrumento de inscrição territorial na ESF.

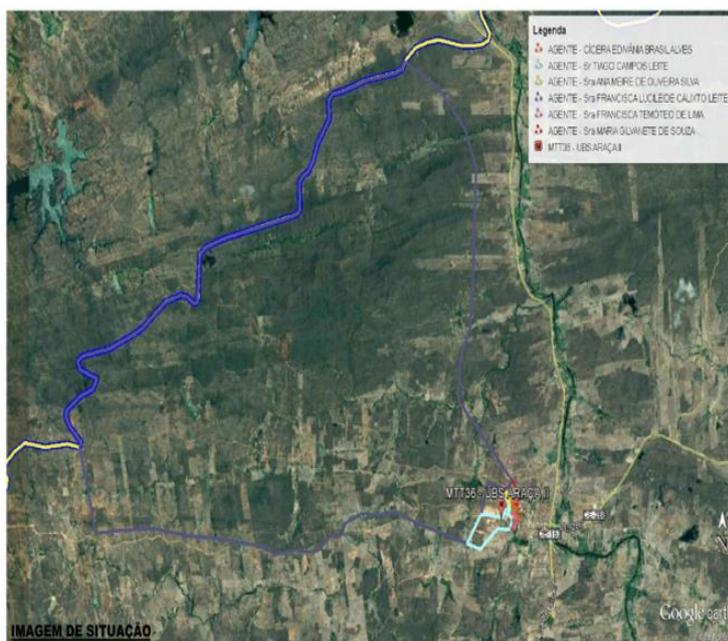
Sobre o território de atuação das equipes de atenção básica Pires (2007) destaca que do ponto de vista da representação a ESF está orientada sob duas formas: o território área e o território microárea. O território área corresponde a área de abrangência da UBS em função do fluxo de trabalhadores e usuários. Já o território microárea constitui o recorte espacial de atuação dos ACS, que geralmente são assimétricos e concentram grupos populacionais mais ou menos homogêneos em condições sociais, econômicas e sanitárias. O território área e o território microárea das UBS Araçá I e II estão representados cartograficamente nas figuras 4 e 5.

Figura 4 – Território Araçá I



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Aurora-CE (2017)

Figura 5 – Território Araçá II



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Aurora-CE (2017)

Uma análise destes territórios nos remete as contribuições de Faria (2013), segundo o qual deve haver uma solidariedade entre as diferentes escalas do SUS para a garantia da integralidade e da universalidade. É o caso da solidariedade dos ACS, que muitas vezes atuam fora de sua microárea e/ou compartilham usuários de uma mesma localidade.

No caso dos ACS das UBS Araçá I e I ocorre o compartilhamento de áreas como as Ruas Guedes Martins, São Francisco, Bela Vista e Parque Sabiá, cujo principal fator é a ampliação do bairro por meio da construção de residências. Outro exemplo de compartilhamento de área ocorre em relação ao sítio Recreio, pertencente a UBS São Benedito, contudo, a maior parte dos usuários desta localidade utiliza os serviços da UBS Araçá I, tendo em conta principalmente o fator localização e tempo de deslocamento. Portanto, mesmo havendo limites para a atuação das equipes conforme estabelece a PNAB, faz-se necessário uma integração dos territórios, que devem existir com a função de organizar os fluxos de serviços e usuários, e não para impedi-los.

Assim como os ACS, é atribuição dos demais profissionais da atenção básica “participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a condições de vulnerabilidades” (BRASIL, 2012, p. 43). Da mesma forma, destaca Silveira (2013), a população assistida além de cadastrada deve ser entrevistada, identificada em suas regiões de saúde e individualidades para a elaboração e mapeamento do plano de ação das atividades locais, posto que a ESF é uma proposta democrática para a consolidação do SUS.

Uma análise da participação destes atores sociais, no entanto, demonstra uma concentração no planejamento territorial, pois a maioria das famílias desconhecem o processo de territorialização. Alguns profissionais declararam não participar da territorialização, o que pode ser explicado em parte pelo fato de trabalharem a pouco tempo nas unidades (Tabela 2).

Tabela 2 – Participação das famílias entrevistadas e profissionais de saúde no processo de territorialização

Nível de participação	Araçá I		Araçá II	
	Famílias	Profissionais	Famílias	Profissionais
Participaram	00	09	00	11
Não participaram	13	02	17	01
Não souberam/não responderam	27	00	31	00
TOTAL	40	11	48	12

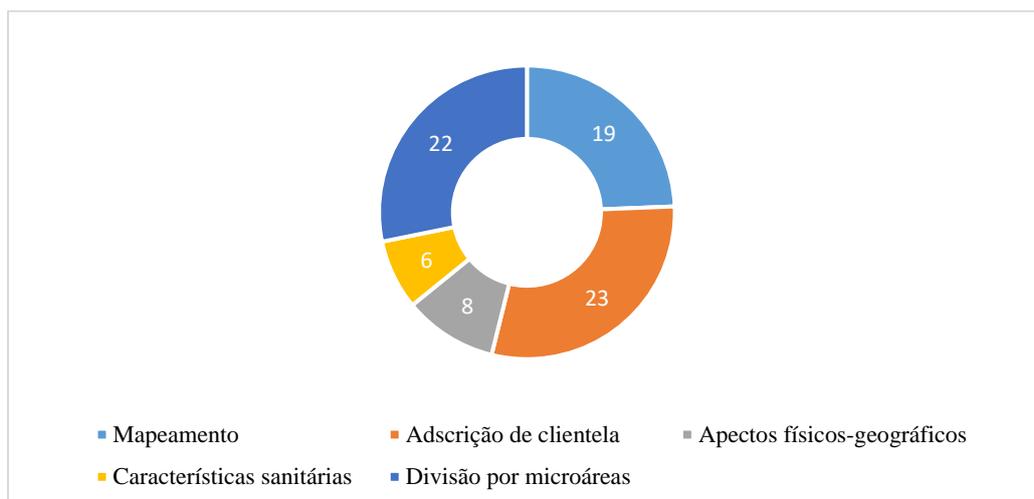
Fonte: FERNANDES, J. S (2018)

Apesar de não deixar explícita a participação das famílias no processo de territorialização (o que pode ser considerada uma falha operacional), a PNAB destaca a participação popular como princípio básico para a organização da ESF. A não participação dos usuários pode resultar no desconhecimento da história de vida da comunidade, aspecto essencial para a coordenação do cuidado à saúde.

Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades no território, no enfrentamento de determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício de controle social (BRASIL, 2012, p. 22)

Na territorialização da ESF alguns recursos podem ser utilizados para auxiliar no processo de delimitação das áreas adscritas. Unglert (1990) apud Pires (2007) aponta algumas pistas metodológicas que não se baseiam somente nos critérios tradicionais (demográficos e divisões administrativas formais), como aglomerados estabelecidos pela própria população, barreiras geográficas, fluxo espontâneo da população em relação aos serviços de saúde e características sociais dos grupos populacionais. Os resultados da pesquisa, após questionar os profissionais de saúde sobre quais recursos foram utilizados no processo de territorialização, são destacados no Gráfico 1.

Gráfico 1– Recursos utilizados no processo de territorialização segundo os profissionais de saúde



Fonte: FERNANDES, J. S (2018)

Observa-se que a metodologia empregada pelas equipes de saúde das UBS Araçá I e II para o estabelecimento das suas bases territoriais está voltada, sobretudo, para a definição de áreas com base na contagem de pessoas e famílias e na estruturação do território de abrangência por meio da definição das microáreas. O critério populacional é, portanto, o principal fator da territorialização, sendo os ACS os principais agentes políticos deste processo, atuando como “informantes-chave” do SUS.

As informações coletadas pelos ACS durante as visitas domiciliares são consideradas estratégicas para a solução de situações-problemas. As equipes de Saúde da Família devem “manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, dos dados para a análise de situação de saúde [...]” (BRASIL, 2012, 43). A base de dados da ESF é direcionada e armazenada no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB), um dispositivo do Ministério da Saúde para o controle da aplicação de recursos no setor. Aranha (2010), todavia, alerta que este sistema informacional muitas vezes produz realidades não vividas na comunidade, criando um ambiente de “normas” que são contrárias as “formas” do território.

Através do trabalho de acompanhamento dos ACS nas residências de todos os indivíduos e famílias sob sua responsabilidade os profissionais e gestores de saúde definem o delineamento territorial da ESF, bem como dispõem de elementos para auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência.

Dito isto surge então a questão sobre até que ponto as ações de territorialização conseguem acompanhar as sinuosidades dos territórios e como os usuários e profissionais interagem na construção desta política de saúde.

4 O TERRITÓRIO DA ESF: DAS PROPOSTAS ÀS (IN)COMPATIBILIDADES

Em todos os territórios da saúde existem similaridades e contradições (SILVEIRA, 2013) e na ESF este fato ganha uma conotação especial. Isto por que a atenção básica é a porta de entrada dos usuários no sistema nacional de saúde, exigindo uma precisa demarcação territorial para a gestão dos serviços.

É importante ressaltar que o que norteia o presente estudo não é a contraposição, isto é, negligenciar as conquistas resultantes das ações do SUS na promoção e proteção da saúde da população por meio de uma política que considere a família como unidade principal de atenção. O que se questiona é o desencadeamento do processo, ou seja, a prática territorializadora.

A territorialização, como proposta teórica, carrega um sentido voltado sobretudo para o reconhecimento do território em seus contextos de uso pelos atores sociais nele inseridos, como bem destacou Monken et al (2008, p. 143):

Uma territorialização ampla em que este processo seja o método de obtenção e de análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações; um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas.

Muito se avançou nos últimos anos em termos de flexibilização da oferta de serviços de saúde no território, como é o caso das equipes de Saúde da Família para o atendimento da população ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato Grossense e as equipes de Consultório de Rua (BRASIL, 2012). As Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) e as equipes itinerantes que atendem moradores de rua são exemplos de adaptação dos serviços aos perfis do território.

A territorialidade, caracterizada pela sensação de pertencimento dos indivíduos no território, é um elemento essencial para a compreensão das relações estabelecidas entre os usuários, os profissionais e os serviços de saúde. Ao indagar as famílias participantes da pesquisa sobre a sua afetividade com o lugar geográfico a maioria (79%) declararam satisfação em residir no bairro Araçá, destacando-se alguns fatores como sentimento e participação na história de construção do lugar e por considerarem o modo de vida em uma pequena cidade como “tranquilo”. Por outro lado, uma parte dos entrevistados (17%) apontaram como fatores negativos a baixa oportunidade de emprego, dificuldades na estrutura educacional e de saúde de maior complexidade na cidade, manifestando assim desejo de mudar-se da localidade³.

Quanto a localização espacial das UBS as famílias demonstraram satisfação devido ao fator proximidade, levando pouco tempo (deslocando-se a pé) até a unidade de saúde. Desta forma a ESF com UBS instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, vivem e estudam desempenham um papel fundamental na garantia do acesso aos serviços com qualidade (BRASIL, 2012). Os entrevistados em sua maioria declararam que já frequentaram e/ou frequentam outras UBS, o que evidencia o compartilhamento de população na ESF.

Outro elemento importante sobre a operacionalização da ESF é a relação entre a comunidade e os profissionais de saúde no território. A pesquisa apontou que os usuários reconhecem a ESF em seus propósitos, que conforme recomendações do Ministério da Saúde estão voltados para a humanização do cuidado à saúde. Com efeito, as equipes da atenção básica também destacaram uma boa relação com a população sob sua responsabilidade.

Não obstante a estes avanços da ESF em sua relação com a comunidade e melhoria nas condições de vida, em termos de planejamento, não raro, há uma

³ Outros 4% não souberam ou não responderam

forte tendência a burocratização. Assim sendo, a reflexão sobre os métodos de planejamento territorial dos serviços se faz importante.

Os sentidos da territorialização da ESF apontam para uma prática descendente de planejamento e concepção do território, com a centralização das decisões políticas nas mãos dos gestores de saúde. A este respeito Faria (2013, p. 11) considera que:

Em geral a territorialização está associada ao cadastramento, à adscrição de clientela. Portanto, o ponto de partida para o desencadeamento da territorialização, especificamente neste caso, é o próprio serviço conforme sua capacidade de oferta. Então, o território da equipe, seus limites, vem depois. “Serviço-oferta-território” é uma tríade explicativa para essa prática de territorialização.

A demarcação geográfica, nestes termos, antecede o conhecimento do território, que sempre está condicionado a uma perspectiva numérica. Segundo Barcelos e Pereira (2006) a exclusiva alusão a contagem de pessoas limita a eficácia das ações em saúde. Para os autores é preciso partir do território, da sua tipificação e da adaptação as suas necessidades. O território da Saúde da Família é delimitado e o seu mapeamento é um importante meio de operacionalização administrativa. Todavia, a cartografia é subutilizada pelos gestores municipais como dados quantitativos. Os mesmos tentam estabelecer os limites dos serviços obedecendo minimamente aos arruamentos, que nem sempre são os mais indicados (ARANHA, 2010). A não participação de todos atores sociais envolvidos na ESF, fator evidenciado na presente pesquisa, pode produzir um recorte espacial não adequado a realidade vivida e praticada no território.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ESF está assentada sobre um território-alvo, onde são desenvolvidas as ações previstas na PNAB. No entanto o método empregado na definição deste território gera dúvidas e incertezas quanto a sua eficiência. O processo de territorialização carrega alguns impasses, estando geralmente reduzida à burocratização do setor saúde.

Um estudo realizado nas UBS Araçá I e II, no município de Aurora-CE, evidenciou que a territorialização da ESF foi feita sem a participação de todos os atores sociais nela envolvidos, contrapondo-se ao princípio da democratização do SUS, posto que as famílias não participaram e/ou desconhecem o processo de adscrição da comunidade e seu território.

A gestão municipal, atendendo a exigências normativas do Ministério da Saúde, realizou um mapeamento geotécnico dos territórios de atenção básica tendo como principal método a contagem de pessoas e famílias pelos ACS e a organização de suas microáreas. Os ACS são, portanto, os principais agentes da territorialização ao realizarem o cadastramento familiar.

Nestas condições a ESF está limitada à capacidade de oferta dos serviços, expressos na proporção equipes de Saúde da Família/população adscrita. O estudo demonstrou que não houve a preocupação por parte dos profissionais de saúde e da gestão municipal em considerar as formas geográficas e a tipificação do

território como elementos norteadores da territorialização, com uma forte centralização nas decisões políticas.

É necessário encararmos o processo de territorialização da ESF sob diversas formas, avaliando os impactos desta prática, pois, apesar dos avanços na alocação dos serviços de saúde cada vez mais próximos da comunidade e das mudanças nas condições de vida, a territorialização ainda se apresenta relativamente pragmática. Neste trabalho, buscamos discutir acerca do motor provocador da territorialização, e os resultados apontaram para o serviço como elemento condicionador. Define-se uma população a priori, e o território, assim, vem depois.

A territorialização nestes moldes ganha seu sentido imediato, ou seja, definir os limites em uma linha traçada no mapa. Um encaminhamento metodológico, na perspectiva aqui apresentada, é a superação do reducionismo no planejamento territorial ao confrontar o território político-burocrático com o território efetivamente usado pelos sujeitos que o constituem e o transformam.

Os profissionais e os gestores de saúde, submetidos a normas impostas por diferentes escalas de governo, devem ir além da execução das resoluções burocráticas do setor. A ESF, para atingir a eficácia das suas propostas, não pode perder de vista a valorização do lugar geográfico em que atua. A participação da comunidade no planejamento territorial em saúde garante uma melhor intervenção no nível local, pois estes são os agentes políticos que melhor podem auxiliar na consolidação da ESF no território por eles utilizados.

Inúmeras contribuições vêm sendo dadas ao processo de planejamento dos serviços de saúde no Brasil. Uma delas é a da Geografia e as discussões acerca da categoria território, entendida como a mais apropriada para o estudo da distribuição e localização das infraestruturas e equipamentos do setor de saúde. Assim, ao propormos a perspectiva geográfica esperamos contribuir e agregar propostas ao trabalho da ESF sobre o território. A perspectiva, desta forma, permite apontar modelos sem proscrever ou limitar os já existentes e os que estão porvir.

Family health strategy: a geographic look at the territorialization process in Aurora-CE

ABSTRACT

Health in Brazil has undergone significant changes with the implementation of the Unified Health System. One of the main policies of health care for the population has been, in this context, the Family Health Strategy, whose work is organized by a multidisciplinary team responsible for a population in a target territory. The way in which this territory is defined, however, is problematized here. We start from the hypothesis that the process of territorialization of the FHS has been based on political-bureaucratic processes, meeting the demands of bodies and institutions that disregard the dynamics of the territory. In this work we analyze the territorialization of the FHS in the city of Aurora, south of the state of Ceará. To achieve our goals, we carry out bibliographic and documentary research, as well as interviews with key actors. The study pointed out that the territorialization was based on the counting of families by the Community Health Agents, being this the conditioning element for the geographic demarcation of the services. Such practice shows a reduction in the concept of territory and territoriality in SUS. We believe that community participation is an essential aspect for better territorial health planning, based on the recognition of geographical forms and the uses of the territory by the subjects that constitute and transform it.

KEY WORDS: Geography. Territory. Family Health Strategy. Aurora-CE

REFERÊNCIAS

ARANHA, Pablo Ruyz Madeira. Do mundo como norma ao lugar como forma: o uso do território pela Estratégia da Saúde da Família. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2010.

AURORA. Prefeitura Municipal de Aurora. Decreto nº 190801/2015 de 19 de junho de 2015. Dispõe sobre Edital de Concurso Público nº 001/2015 para o cargo de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Aurora-CE, 2017.

_____. Prefeitura Municipal de Aurora. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde: 2014-2017. Aurora-CE: SMS, 2014.

_____. Credenciamento das Equipes de Saúde da Família. Aurora-CE: SMS, 2017.

BARCELLOS, Cristovam. PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. O território no Programa Saúde da Família. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, set. 1990. Ministério da Saúde.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012.

FARIA, Rivaldo Mauro de. A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. Rev. Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. v. 9. n. 16, p. 131-147, 2013.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda. O território da saúde: a organização do sistema único de saúde e a territorialização. In: BARCELLOS, Christovan (Org.). Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 238-253.

GUIMARÃES, Raul Borges. Saúde: fundamentos de geografia humana. São Paulo: Editora UNESP, 2015.

HAESBAERT, Rogério. O mito da desterritorialização: do "fim dos territórios" à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

MONKEM, Maurício. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: BARCELLOS, Christovan (Org.). Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 22-39.

PIRES, Cynthia. Andreia Antão. Estratégia de Saúde da Família na cidade de Teófilo Otoni-MG: perspectivas geográficas de uma rede de saúde no espaço intra-urbano. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007.

SANTOS, Milton. A natureza do espaço: espaço e tempo, razão e emoção. 4ª ed. São Paulo: Edusp, 2012.

_____. SILVEIRA, Maria Laura. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. Milton Santos e Maria Laura Silveira. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SILVEIRA, Iara Maria Soares Costa. O processo de territorialização da Estratégia Saúde da Família no Bairro de Morrinhos-Montes Claros/MG: uma contribuição geográfica. Tese (Doutorado em Geografia) - Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, 2013.

SOUZA, Maria Adélia Aparecida de. O uso do território e saúde: refletindo sobre "municípios saudáveis". In: SPRANDIO, Ana Maria Giroti. O processo de construção de rede de municípios potencialmente saudáveis. Campinas: IPES editorial, 2003b, p. 57-92.

VASCONCELOS, Cipriano Maia; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. et al. (Org.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, p. 531-562.

Recebido: 24 mai. 2020.

Aprovado: 20 jun. 2020.

DOI: 10.3895/rbpd.v10n1.10143

Como citar: FERNANDES, J. S.; VASCONCELOS, S. A. Estratégia saúde da família: um olhar geográfico sobre o processo de territorialização em Aurora-CE. **R. bras. Planej. Desenv.** Curitiba, v. 10, n. 01, p. 41-60, jan./abr. 2021. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbpd>>. Acesso em: XXX.

Correspondência:

Jefferson Santos Fernandes

Av. da Universidade, 2853 - Benfica, Fortaleza - CE

Direito autoral: Este artigo está licenciado sob os termos da Licença Creative Commons-Atribuição 4.0 Internacional.

