



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS ERECHIM
GEOGRAFIA – LICENCIATURA**

LUCÍ CARLA MODTKOWSKI

**ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE ÁUREA-RS: TERRITÓRIO E
TERRITORIALIZAÇÃO?**

**ERECHIM – RS
2014**

LUCÍ CARLA MODTKOWSKI

**ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE ÁUREA-RS: TERRITÓRIO E
TERRITORIALIZAÇÃO?**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Geografia – Licenciatura da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito para obtenção do título Licenciada em Geografia.

Orientador: Prof. Me. Pedro Germano dos Santos Murara.

ERECHIM - RS

2014

Modtkowski, Lucí Carla

Atenção básica no município de Áurea/RS território e territorialização?/ Lucí Carla Modtkowski. -- 2014. 77 f.:il.

Orientador: Pedro Germano dos Santos Murara.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Geografia , Erechim, RS , 2014.

1. Território. 2. Territorialização. 3. Programa Saúde da Família (PSF). 4. Geografia da Saúde. I. Murara, Pedro Germano dos Santos, orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III. Título.

LUCÍ CARLA MODTKOWSKI

**ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE ÁUREA-RS: TERRITÓRIO E
TERRITORIALIZAÇÃO?**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Geografia – Licenciatura da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito para obtenção do título Licenciada em Geografia.

Orientador: Prof. Me. Pedro Germano dos Santos Murara.

Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca em:

____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Pedro Germano dos Santos Murara – UFFS

Prof. Dr. Márcio Freitas Eduardo – UFFS

Prof.^a. Ms. Paula Vanessa de Faria Lindo – UFFS

À minha família,

Ao Sérgio, pelo amor e paciência a mim dedicados, a meus filhos amados Gustavo e Marcelo, perdão pela ausência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que de alguma forma contribuíram e colaboraram para realização deste trabalho.

Com admiração e carinho, agradeço ao meu orientador, Professor Pedro Germano dos Santos Murara obrigada pela compreensão e paciência com minhas dificuldades, pelo incentivo e apoio.

A todos os professores do Colegiado do Curso de Geografia, que ao longo da minha trajetória acadêmica e ao longo das disciplinas ministradas, propiciaram adquirir conhecimentos teóricos para a atuação profissional.

Aos amigos e colegas da turma de geografia 2010, especialmente a minha irmã de coração, Rosângela Abel Fagundes, (Abelarda) que sempre me incentivou e nunca me permitiu desistir, embora muitas vezes fosse essa a minha vontade, meu obrigada de coração.

Aos meus familiares, minha mãe Hilda, meu pai Artêmio e minhas irmãs, Cristiane, Ângela e Kátia que me incentivaram e apoiaram.

A meu companheiro Sérgio, pela paciência, incentivo e compreensão às inúmeras ausências durante os anos de graduação. Por ter sido pai e mãe para nossos filhos, minha profunda gratidão e reconhecimento.

Aos meus amados filhos, Gustavo e Marcelo, peço perdão pela minha ausência em momentos importantes de suas vidas, e agradeço imensamente por compreenderem tudo isso e por continuarem me amando e incentivando em todos os momentos. Obrigado pelos abraços apertados e pelas palavras “mãe, tudo isso vai passar, poderemos nos divertir depois”. Amo vocês.

E a Deus, pelo amparo nas horas mais difíceis, e por tudo.....

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo principal compreender como ocorreu a implementação do Programa Saúde da Família no município de Áurea/RS, município este de pequeno porte, localizado na região norte do estado do Rio Grande do Sul. A metodologia se baseou nos diferentes aportes da literatura sobre o conceito de território e a territorialização nas políticas de saúde e principalmente em estudos realizados por Geógrafos que se empenham em analisar a abordagem territorial nas políticas e programas de saúde. As principais categorias de análise encontradas foram a respeito do Programa Saúde da Família como novo modelo de atenção a saúde no âmbito da Atenção Básica para organização do Sistema Único de Saúde no território. A pesquisa demandou uma diversidade de estratégias metodológicas, tais como: realização de revisão bibliográfica buscando compreender como os geógrafos se inserem no contexto de análise da abordagem territorial nas políticas de saúde, análise de documentos oficiais sobre políticas de saúde e realização de entrevistas com atores-chave. No que tange aos estudos de geógrafos sobre a temática território e territorialização constatou-se que ainda são poucos os estudos com abordagens diferenciadas, porém significativas para compreender a abordagem territorial e a aproximação da geografia e saúde. Verificou-se que o processo de implantação do PSF no município foi realizada sem levar em conta as características da população e suas condições de vida, e baseou-se naquilo que justamente os geógrafos criticam a delimitação de territórios para operacionalização das políticas e a territorialização como a descrição da clientela baseada em mapas que apresentam limites de atuação das equipes de saúde. O trabalho permite concluir que houve avanços importantes na condução e organização do Sistema único de Saúde, no que tange a atenção básica e o acesso aos serviços de saúde, no entanto ainda é necessário estudos mais aprofundados sobre o tema, neste sentido a participação do geógrafo torna-se primordial.

Palavras-chave: Território; Territorialização; Programa Saúde da Família; Geografia.

ABSTRACT

This work aims to understand how occurred regionalization process of the Family Health Program in the city of Golden / RS, small town in the northern region of the state of Rio Grande do Sul. The methodology was based on the different literature contributions on the concept of territory and territorial health policies and especially in studies by geographers who are engaged in analyzing the territorial approach in health policies and programs. The main categories of analysis were found regarding the Family Health Program as a new health care model in basic attention to organization of the Unified Health System in the territory. The research required a variety of methodological strategies such as: conducting a literature review in order to understand how geographers fall within the framework of analysis of the territorial approach in health policies, analysis of official documents on health policies and interviews with actors- key. With regard to the geographers of studies on the subject territory and territorial found out that there are few studies with different approaches, but significant to understand the territorial approach and the approach of geography and health. It was found that the PSF of the deployment process in the municipality was carried out without taking into account the characteristics of the population and their living conditions, and based on what precisely geographers criticize the delimitation of areas for implementation of policies and the territorialization as the description of the clientele based on maps that present limits of performance of health teams. The work shows that there have been important advances in the conduct and organization of the Unified Health System, with respect to primary health care and access to health services, however you still need further studies on the subject, in this sense the participation Geographer becomes paramount.

Key-words: Territory; Territorialization; Family Health Program; Geography.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01- População residente no município segundo faixa etária – Áurea – RS.....	45
Gráfico 02- Taxa de extrema pobreza dos moradores de domicílios particulares permanentes- Áurea RS.....	46
Gráfico 04- Percentual de domicílios particulares permanentes da área urbana segundo acesso á rede de abastecimento de água, á coleta de lixo e ao escoamento do banheiro ou sanitário adequado- 2010. Áurea-RS.....	47

LISTA DE MAPAS

Mapa 01- Malha urbana município de Áurea/RS.....	43
Mapa 02: Mapa das micro áreas do Programa Saúde da Família no município de Áurea/RS- Zona Rural.....	50
Mapa 03- Mapa da configuração atual da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde com delimitação das Micro áreas dos Agentes Comunitários de Saúde Áurea/RS.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 01- Relação entre os tipos de serviços de saúde e possibilidades de distribuição no território.....	39
Tabela 02: População total, por gênero, rural/urbana e taxa de urbanização – Áurea – RS.....	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 01- Perguntas norteadoras das entrevistas realizadas com supervisora e agentes comunitários de saúde.....	36
--	----

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

ESF - Equipe Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. PERCURSOS METODOLÓGICOS	20
3. REFERENCIAL TEÓRICO	23
3.1 REFORMA SANITÁRIA E O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.....	23
4. TERRITÓRIOS DA SAÚDE.....	29
4.1. TERRITÓRIO E TERRITORIALIZAÇÃO DA SAÚDE: ESTUDOS GEOGRÁFICOS	29
4.2. ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	39
5. CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO	44
5.1. IMPLEMENTAÇÃO DO PSF NO MUNICÍPIO DE ÁUREA	51
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS	65
ANEXO 01 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	68
ANEXO 02 – FICHAS	71

1. INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia Saúde da Família é o modelo de atenção que orienta as ações dos serviços de saúde prestados pelos profissionais no primeiro nível de Atenção Básica, e é realizado exclusivamente na escala municipal.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi proposto em 1994 como uma nova estratégia na reorientação do modelo assistencial, baseada no trabalho de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Tem como diretrizes,

[...] acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada, através de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. [...] A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho do PSF. Essa tarefa adquire, no entanto, ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência”. (PEREIRA; BARCELLOS, 2006, p. 48).

A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se:

[...] como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos qual a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2001).

O acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada, através de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes é realizado por esta equipe multidisciplinar e advém deste modelo de assistência preconizado com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) (BEZERRA e BARCELLOS, 2006,).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado em 1991, teve como pressuposto a definição de “área geográfica” para sua implantação, prioritariamente naquelas áreas onde as famílias estivessem mais expostas aos riscos de adoecer e morrer, e onde as condições de vida e a situação de saúde fossem precárias (BRASIL, 2001).

O papel do agente comunitário da saúde (ACS) é importante primeiramente porque um dos requisitos deste profissional é residir na comunidade em que atua. É o ACS que realiza o cadastramento/diagnóstico das famílias, por meio de uma ficha onde constam os dados de

cada indivíduo, além de realizar o mapeamento com a localização das residências e os principais pontos da localidade que facilitem o planejamento e as ações durante o trabalho. Além destas atividades deve identificar áreas que apresentem algum risco à saúde da população, realizar as visitas domiciliares, no mínimo uma visita mensal a cada família, realizar ações coletivas em grupos de risco estimulando a participação das famílias no diagnóstico e planejamento de ações que melhorem sua condição de saúde (BRASIL, 2001).

O ACS é quem percorre diariamente o território em que atua e produz a maioria das informações sobre a situação de saúde da população adscrita. A coleta sistemática de dados que indicam situações problema ou necessidades de saúde de um território específico possibilita identificar suas relações espaciais, vulnerabilidades, populações expostas a problemas de saúde devem ser prioritárias no planejamento das ações por parte do serviço de saúde para identificar e minimizar estes problemas no território.

No entanto, esse processo de coleta de informações é normatizado através do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica). É a partir do preenchimento de diversas fichas, na visita domiciliar que se produzem a maioria das informações que depois são repassadas ao sistema informatizado na Secretaria da Saúde, que depois os repassa ao Ministério da Saúde. No entanto, o que se percebe e outros autores, como Aranha (2010) já estudaram, muitas informações são perdidas neste trajeto entre o território normado e o lugar enquanto forma. Neste sentido, é necessário entender como o agente de saúde produz outras informações e outros conhecimentos sobre o território em que atua e sobre as pessoas as quais assume responsabilidade.

[...] os únicos a participarem da comunhão entre a coesão estabelecida pela comunidade são os Agentes Comunitários de Saúde, os quais, além de produzir e ter a posse das verdadeiras informações do SIAB são eles que têm o conhecimento sobre o lugar onde atuam, sobretudo porque é esse o lugar onde habitam, onde vivem, onde moram. (ARANHA, 2010, p. 53).

Neste sentido torna-se importante entender que as ações da ESF são práticas sociais que,

[...] por consequência, produzem e resultam em espaços educativos, de forma que se pode afirmar que estão em desenvolvimento competências e habilidades sociais. Com base nisso, tanto a qualificação quanto o processo de trabalho aparecem como impulsionadores de aprendizados, sendo o processo de trabalho a síntese do encadeamento de aprendizados. (PEREIRA, 2007, p.51).

A proposta de territorialização para o trabalho destas equipes adquire, segundo os autores, três sentidos que se diferenciam e se complementam simultaneamente. O primeiro é a delimitação das áreas de atuação dos serviços; o segundo pressupõe o reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existente dentro das áreas delimitadas, e por fim, indica o estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes, e verticais com centros de referencia. (PEREIRA e BARCELLOS, 2006, p. 10 apud MONKEN E BARCELLOS, 2007).

[...] No PSF, o menor nível de atenção é a família. Os níveis maiores correspondem à micro área, área, segmento e município. A micro área é formada por um conjunto de famílias que congrega aproximadamente 450 a 750 habitantes, constituindo a unidade operacional do agente de saúde. A área no PSF é formada pelo conjunto de micro áreas, nem sempre contígua, onde atua uma equipe de saúde da família, e residem em torno de 2.400 a 4.500 pessoas. Em alguns documentos do PSF, define-se a área de atuação de uma equipe segundo o número de famílias entre 600 e 1.000 famílias (Brasil, 1997). A última unidade é chamada segmento territorial considerado um conjunto de áreas contíguas que pode corresponder à delimitação de um Distrito Sanitário, ou a uma Zona de informação do IBGE, ou a outro nível de agregação importante para o planejamento e a avaliação em saúde. (PEREIRA e BARCELLOS, 2006, p. 10, apud MONKEN E BARCELLOS, 2007).

De acordo com Gondim (2008) o território neste contexto é definido como “território de abrangência”, sob responsabilidade de uma equipe de saúde da família. Já a “adscrição” refere-se à população atendida pelas equipes, vinculada a uma Unidade Básica de Saúde. A “territorialização” é considerada uma metodologia que possibilita identificar as condições de vida e da situação de saúde da população.

A motivação para realizar este estudo deu-se primeiramente pela minha atuação na Secretaria Municipal de Saúde do município estudado, da qual faço parte desde o ano de 2001, trabalhando como Técnica em Enfermagem no hospital municipal. Durante dois anos, tive a oportunidade de fazer parte de uma das equipes de saúde da família e mesmo ainda não ter iniciado o curso de Geografia, já observava e me questionava sobre a grande procura dos pacientes a Unidade Básica de Saúde (UBS) para consultas de rotina, bem como tinha o desejo de saber de qual micro área provinham, que doença os acometia para tamanha procura se as equipes do Programa Saúde da Família (PSF) atuavam diretamente em seus territórios partindo do trabalho diário dos Agentes Comunitários de Saúde.

A Geografia contribuiu para um olhar crítico, mas também de análise quando na disciplina de Planejamento Territorial, estudamos alguns aspectos sobre o Ministério da Saúde, procurando compreender como as políticas públicas formuladas tratavam a questão territorial no planejamento das ações em saúde. Também dialogando sobre as possibilidades

se realizar um estudo envolvendo a Saúde e a Geografia, iniciamos nossas leituras a respeito da Geografia da Saúde que foram sendo aprimoradas fazendo-nos adentrar na participação dos geógrafos nos estudos territoriais no âmbito da saúde.

Assim, este trabalho justifica-se primeiramente pela importância que o Sistema Único de Saúde e a atenção básica têm na vida das pessoas, principalmente daquelas que não possuem condições de pagar para ter acesso aos cuidados à saúde. Tão importante a atenção básica que é considerado a porta de entrada, o primeiro contato dos usuários ao sistema de saúde. Segundo, e não menos importante é necessário compreender como a política da atenção básica se territorializa na escala do município, principalmente, como o território presente nas políticas públicas planejadas na esfera federal é compreendido e incorporado no cotidiano dos agentes que fazem a política acontecer no nível municipal.

Certamente, este trabalho constituiu-se num grande desafio, primeiro por ser meu primeiro trabalho de pesquisa e por minha proximidade com o objeto de estudo. Por inúmeras vezes, me questionei assim como também fui questionada, na qualificação do projeto, o que tinha de geográfico neste estudo.

A Geografia contribuiu para um olhar crítico, mas também de análise quando na disciplina de Planejamento Territorial, estudamos alguns aspectos sobre o Ministério da Saúde, procurando compreender como as políticas públicas formuladas tratavam a questão territorial no planejamento das ações em saúde. Também dialogando sobre as possibilidades de realizar um estudo envolvendo a Saúde e a Geografia, iniciamos nossas leituras a respeito da Geografia da Saúde que foram sendo aprimoradas fazendo-nos adentrar na participação dos geógrafos nos estudos territoriais no âmbito da saúde.

A geografia da saúde nos deu o aporte necessário para escrever esta trajetória permeada de conflitos e dificuldades e acreditamos que assim como houve limitações, também se adentrou num enorme campo de possibilidades de análise para conhecer a realidade municipal, que muitas vezes passa despercebida para aqueles que atuam nos territórios em que deve-se fazer a saúde acontecer: os territórios da saúde.

O presente estudo, realizado no âmbito de Trabalho de Conclusão de Curso de Geografia-Licenciatura, traz como proposta compreender o processo de territorialização da Atenção Básica em saúde no município de Áurea/RS, mais particularmente no que tange à compreensão de como o território, categoria de análise geográfica, e a territorialização, presentes no escopo das políticas e programas voltados para o planejamento das ações em saúde é operacionalizado na escala municipal.

Os objetivos específicos são: verificar como geógrafos entendem o território e a territorialização no âmbito da Geografia da Saúde; analisar nos documentos oficiais sobre políticas de saúde a inserção do conceito de território e territorialização; descrever o processo de territorialização do PSF no município.

2. PERCURSOS METODOLÓGICOS

Em relação ao tipo de pesquisa, este trabalho insere-se na pesquisa qualitativa. Este tipo de pesquisa tem como característica descrever, compreender e explicar as relações entre o global e o local em determinado fenômeno, buscando resultados mais fidedignos possíveis e coloca-se em oposição ao pressuposto de um modelo único de pesquisa para todas as ciências. No entanto, este tipo de pesquisa traz algumas limitações e é alvo de críticas por seu empirismo, subjetividade e envolvimento emocional do pesquisador (MINAYO, 2001, p.14, apud SILVEIRA & CÓRDOVA, 2009, p.32). Quanto aos objetivos da pesquisa, trata-se de descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade aos moldes de estudo de caso. Desta maneira,

[...] Um estudo de caso pode ser caracterizado como um estudo de uma entidade bem definida como um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma pessoa, ou uma unidade social. Visa conhecer em profundidade o como e o porquê de uma determinada situação que se supões ser única em vários aspectos, procurando descobrir nela o que há nela de ais essencial e característico. O pesquisador não pretende intervir sobre o objeto a ser estudado, mas revela-lo tal como ele o percebe. (FONSECA, 2002, p. 33, apud SILVEIRA & CÓRDOVA, 2009, p. 31).

Para realização desta pesquisa, foi necessário inicialmente fazer uma revisão bibliográfica acerca do tema em questão. Para isso, foi realizada busca em sistemas eletrônicos da internet, onde se digitou palavras chave. Os termos procurados foram “geografia da saúde e território”. Dos resultados da pesquisa verificou-se a escassez de trabalhos relacionados especificamente ao tema Geografia da Saúde, mas que foram realizados por geógrafos numa aproximação da Geografia com a Saúde no que tange a inserção do território e da territorialização nas políticas de saúde, principalmente relacionados ao SUS e conseqüentemente ao Programa Saúde da Família, Programa Agentes Comunitários de Saúde e a Atenção Básica em Saúde. Após este procedimento foram realizadas leituras e fichamentos das ideias principais dos autores para compor o referencial teórico desta pesquisa. Destacamos os trabalhos de Pehouskei e Benaduce (2007), Faria (2012), Aranha (2010), Pereira (2008), Monken e Barcellos (2007), Faria e Bortolozzi (2009), Gondim et al (2008).

O segundo passo foi analisar documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre políticas e programas de saúde buscando verificar a inserção do conceito de território e territorialização. Foram analisados documentos referentes à Legislação do SUS, Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Manual do Sistema de Informação de Atenção

Básica, e documentos do Departamento da Atenção Básica, incluindo-se a Política Nacional da Atenção Básica.

Para compreender como ocorreu o processo de implantação do PSF no município anterior ao ano de 2006, não foram disponibilizados os documentos necessários para construir uma periodização da implantação. Ressaltamos como documento importante as Atas do Conselho Municipal de Saúde, no qual constam todas as ações realizadas no âmbito da saúde municipal que só é possível ter acesso mediante ofício encaminhado ao presidente do conselho, no entanto este documento não nos foi disponibilizado em tempo hábil para realização deste estudo. Devido a isto, decidimos analisar o Plano de Implantação da 2ª Equipe do Programa Saúde da Família e o Plano Municipal de Saúde que também serviu de base documental.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com profissionais da Secretaria de Saúde do município de Áurea-RS que participaram do processo de implantação do PSF no município. Na respectiva área de estudo foram entrevistadas as agentes comunitárias de saúde (02 agentes) e a supervisora das agentes comunitárias de saúde (01 supervisora).

O critério para escolha dos entrevistados foi terem participado do processo de implantação do PSF no município e terem aceitado participar do estudo. Ressalta-se que profissionais que fizeram parte do início do processo de territorialização, não trabalham mais na Secretaria de Saúde, ou não residem mais no município. Devido a este motivo, escolheram-se os profissionais que participaram do processo e ainda trabalham na secretaria de saúde. O objetivo das entrevistas foi de possibilitar descrever como ocorreu o processo de territorialização do PSF no município e quais critérios foram considerados no momento de implantação, como reconhecimento das características da população, dos problemas de saúde, das condições ambientais, e do contexto sócio econômico.

Ainda com relação às entrevistas, anterior a sua realização, foi apresentado o objetivo do estudo, orientando os entrevistados sobre os motivos de realização da mesma. Em seguida, os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme consta no (anexo 01).

Para a realização das entrevistas, utilizaram-se perguntas norteadoras (figura 02), que foram gravadas e transcritas para compor as ideias principais que embasaram a descrição.

Figura 02- Perguntas norteadoras das entrevistas realizadas com supervisora e agentes comunitários de saúde.

Você conhece como se deu o processo de implantação do PSF e qual a metodologia usada para fazer a descrição da clientela e a delimitação do território?
Você participou do processo de mapeamento quais os critérios utilizados para delimitar as áreas de atuação das equipes?
Quais as principais dificuldades encontradas durante o processo de mapeamento e delimitação das áreas de atuação?
Foram utilizados critérios específicos para reconhecer a população cadastrada?
Como foi pra você ter a categoria território como atribuição e como você conceitua território no trabalho da Estratégia?
Atualmente, como ocorre o processo de produção da informação no seu território de atuação e a quem serve essa produção de informação?

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 REFORMA SANITÁRIA E O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

No Brasil, antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), não havia um sistema de saúde universal, a assistência à saúde era prestada pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) que centralizava os recursos e financiava a assistência médica, definindo as políticas de saúde brasileira juntamente com o Ministério da Saúde tendo como prioridade a assistência médica privada, em que o acesso aos serviços públicos era somente aos trabalhadores formais que pagavam contribuições aos Instituto Nacional de previdência Social (INPS) (ARETCHE, 2005, apud ARANHA, 2010).

A reforma do setor saúde teve um papel importante a partir do Movimento Sanitarista Brasileiro em meados da década de 1970, quando se iniciou a busca pela redemocratização do país, período em que o movimento sanitário passa a ser entendido como um movimento ideológico, como uma prática política. (ESCOREL *et al*, 2005, p.65 apud PAPINUTTO, 2011, p. 21). Os principais atores engajados nesta iniciativa foram os movimentos sociais, diversos setores da sociedade desde as classes menos favorecidas até as classes médias e sindicatos. Estes atores defendiam que a saúde não poderia ser compreendida “[...] como uma questão somente biológica, como a doença a ser tratada pelo médico, mas como uma questão social e política que deveria ser abordada como espaço público [...]” (PAIM *et al*, 2011, p. 18). Nesta perspectiva, estes movimentos objetivavam “[...] reivindicar e afirmar os princípios da nacionalidade e realizá-los por intermédio do Estado, introduzindo na agenda política brasileira temas da saúde, da educação, do civismo e dos valores nacionais, dentre outros.” (GUIMARÃES, 2005, p. 21).

Baseados no diagnóstico dos problemas enfrentados pelo serviço de saúde brasileiro, o movimento da reforma sanitária brasileira engendrou as bases estruturantes do SUS, uma vez que trouxe à tona um dos maiores problemas estruturais brasileiros: a desigualdade no acesso a saúde. Desta maneira, inicia-se o entendimento de que os problemas sociais e econômicos devem estar presentes no escopo tanto do meio acadêmico quanto nas discussões das políticas de saúde. Torna-se então, cada vez mais necessário compreender que aspectos relacionados a questões de vida e da morte, estão “[...] estão muito mais atreladas à desigualdade social do que ao desenvolvimento econômico [...]” (FARIA 2012, p. 34). Se considerarmos a saúde apenas pelo viés do desenvolvimento econômico, segundo o autor, a saúde se mercadoriza e a vida humana passa ser uma questão de oferta e procura juros, *royalties*, especulação, etc.

Outros autores corroboram com o entendimento de que os problemas de saúde deveriam ser abordados pelo viés das desigualdades tanto do acesso aos serviços como desigualdades econômicas de parcelas expressivas da população brasileira. De acordo com Mendes (1993) citado nos estudos de Papinutto (2011), entre os principais problemas da desigualdade no acesso aos serviços pela grande parte da população e que necessitavam de intervenção elencavam-se:

[...]desintegração das unidades de saúde, com sobre-oferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros; excessiva centralização, implicando, por vezes, impropriedades das decisões, pela distância dos locais onde ocorrem os problemas; baixa cobertura assistencial, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e as regiões mais carentes; irresolubilidade, desperdício e fragmentação de ações e serviços no enfrentamento dos problemas e necessidades nas diferentes regiões e populações brasileiras (MENDES, 1993 *apud* PAPANUTTO, 2011, p.22).

Desta maneira, o movimento de reforma do setor saúde, tendo um olhar mais atento sobre as desigualdades sociais e territoriais no que tange ao acesso e distribuição dos serviços de saúde, impulsionou a busca por um sistema de saúde que contemplasse aquelas parcelas da população alijadas de suas necessidades básicas de condições de vida digna e de acesso aos serviços de saúde, bem como já diagnosticava a seletividade que se desencadeava no território.

Assim foram se constituindo as bases para que, na década de 80 se iniciasse o processo de mudanças no sistema de saúde brasileiro marcado pela lógica da descentralização e pela municipalização, que segundo Aranha (2010),

[...] foi fundamental no processo de reconstrução da política do setor saúde, apresentando significativas repercussões a partir da influência do movimento da reforma sanitária brasileira, que já na década de 70 desencadeou um processo de conscientização entre os profissionais da área da saúde pública para estender à assistência a saúde aos segmentos mais necessitados da população (ARANHA, 2010, p.28).

No ano de 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual o conceito de saúde passa a ser entendida como um direito do cidadão e um dever do estado (PAIM, 2011). Com base nesta conferência, instituiu-se na Constituição Federal de 1988, a Seção da Saúde e delinear-se os fundamentos do SUS, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais. Estas mudanças administrativas estabeleceram os alicerces para a construção do SUS. Posteriormente, durante a Assembleia Nacional Constituinte (1987-88), “[...] o movimento da reforma sanitária e seus aliados

garantiram a aprovação da reforma, apesar da forte oposição por parte de um setor privado poderoso e mobilizado [...]” (PAIM, 2011, p. 18).

A Constituição Federal de 1988 no tange a ordem social trata no seu capítulo II da Seção da Saúde, no artigo 196 dispõe que,

[...] A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, 1988, p.20).

O artigo 198 dispõe que todas as ações e serviços públicos em saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada a partir da qual passam a constituir um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral priorizando a prevenção, e a participação da comunidade. Como consequência, o sistema de saúde proposto e aprovado na constituição de 1988, o SUS surge com princípios doutrinários que buscam a universalidade, a equidade e a integralidade, e apresenta como diretrizes organizacionais, a regionalização e a descentralização das ações e serviços de saúde para os municípios: a municipalização. De acordo com (GODIM *et al*, 2008),

[...] A municipalização dos serviços de saúde foi colocada como diretriz operacional do novo sistema de saúde e trazia como ideia-força, para um novo desenho organizacional, a noção de território e a necessidade de se delimitar, para cada sistema local de saúde, uma base territorial de abrangência populacional, na perspectiva de se implantar novas práticas em saúde capazes de responder com resolutividade — equidade e integralidade de ações — às necessidades e aos problemas de saúde de cada área delimitada. (GONDIM *et al*, 2008, p.05).

Faria (2012) nos esclarece sobre os conceitos presentes nas diretrizes constitutivas e na forma de ordenamento político que se estabelece com o SUS a partir da década de 1990. O autor busca em Cunha e Cunha (2001) subsídios para explicar o novo modelo para a saúde pública brasileira. O primeiro seria a inserção de um conceito ampliado de saúde ligado às condições de vida de modo geral. Então os princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade, estariam embasadas no direito a saúde a qualquer cidadão levando-se em conta os contextos sociais que poderiam refletir desigualdades sociais. A expressão “sistema único” se justificaria não só pelo fato de todos os serviços públicos fazerem parte do SUS, mas principalmente pela **universalidade**, que pressupõe que todos devem ter acesso à saúde garantido. Já a **equidade** corresponde ao acesso e ao atendimento integral de todas as necessidades das pessoas. E por fim, a **integralidade** em que todos os acessos e todos os serviços devem estar integrados entre si. Assim, o SUS se constitui em um sistema único,

porém só “[...] se torna possível a partir do processo de descentralização integrada da saúde, a regionalização e hierarquização integrada dos serviços conforme sua complexidade e, por fim, pela integração da participação popular no processo de gestão [...]” (FARIA 2012, p. 39).

Devido a grande pressão popular, foi criada e sancionada a lei 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990 que complementou a já existente Lei 8.080/90 regulamentando oficialmente o controle social do SUS, bem como normatizou os repasses financeiros do governo federal, a partir das leis orgânicas da saúde (LOS). A LOS regula em todo território nacional, as ações e serviços de saúde, e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e sobre a organização e o financiamento dos serviços de saúde.

A LOS dispõe em seu artigo 4^a que o “[...] O Sistema Único de Saúde, o SUS, é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta ou indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público [...]” (BRASIL, 2003, p. 23). Juntamente com essa lei, foram criados outros dispositivos legais, como portarias e ementas, que regulam atualmente o SUS.

De acordo com Faria (2012), com o SUS mudam-se as formas de conceber e entender a saúde, uma eminentemente prático assistencial, na qual se alteraram as práticas assistenciais voltadas ao modelo médico curativista que deu origem a novas formas de entender a saúde, iniciando-se o fortalecimento da Atenção Primária e de programas voltados à família como o Saúde da Família. A outra, de ordem político institucional, substantiva o sistema único pela descentralização como discurso de fortalecimento dos municípios. Assim, as duas formas de conceber a saúde, pelo viés de um modelo de assistência novo na prática assistencial, e pelo caráter eminentemente político institucional são para o autor, as razões que explicam a importância de trazer o debate territorial na área da saúde já que elas mesmas se constituem em mudanças também territoriais (FARIA 2012).

Já Aranha (2010), entende que o componente territorial do SUS deve ser avaliado partindo da análise a partir da inserção da noção de rede e região. Para o autor, a organização de uma rede regionalizada é o que dá ao território visibilidade e possibilidade de análise no campo da saúde.

Para Gondim (2008), foi a partir da municipalização dos serviços de saúde, colocada como diretriz operacional do novo sistema de saúde o território surge como ideia-força para um novo desenho organizacional,

[...] assim a noção de território torna-se campo de análise, devido à necessidade de se delimitar, para cada sistema local de saúde, uma base territorial de abrangência populacional, na perspectiva de se implantar novas práticas em saúde capazes de responder com resolutividade — equidade e integralidade de ações — às necessidades e aos problemas de saúde de cada área delimitada. (GONDIM *et al.* 2008, p.04).

Para dar maior visibilidade a uma ação político-assistencial junto à população e buscando maior resolutividade nas ações de saúde, o município se transformou em um mito. A ideia subjacente era de que “quanto mais perto do fato à decisão for tomada, mais chance haverá de acerto”. E ainda, “[...] a municipalização da saúde seria o caminho que segurava a implantação do SUS, sintetizado na sentença o melhor remédio para a saúde é o município [...]” (GONDIM *et al.* 2008, p.05).

A descentralização se dá, neste sentido, como uma atribuição ao município na responsabilidade de execução da política nacional. Tem-se um âmbito do processo de formulação da política de saúde que se dá na escala nacional, e posteriormente tem-se a implementação dessa política no âmbito do estado e do município. No município, são nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que o SUS se territorializa. As UBS que recebem o conjunto de demandas da população e tenta operacionalizar estas políticas em suas áreas de abrangência.

Neste sentido, as principais leis e diretrizes que regem a Atenção Básica, quando tratam da territorialização da política deveriam priorizar o reconhecimento dos territórios para melhorar as condições de vida e de saúde da população. No entanto, parte-se do território, criam-se as áreas de risco e de vulnerabilidade e o sistema de saúde se descentraliza e se operacionaliza na escala do município onde se executam um conjunto de políticas para o território que irão influenciar no processo de planejamento das ações e da gestão em saúde muitas vezes desarticuladas das reais necessidades de cada município e da população que necessita dos serviços de saúde.

Neste contexto, fica expresso que os pressupostos da territorialização, ou seja, **como processo de implantação de criação de territórios para a saúde, ocorre pela delimitação nas áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde** (grifo nosso) (FARIA 2012). No entanto o processo de territorialização acontece de maneira desarticulada do território. O que deveria ser feito é o reconhecimento das áreas de risco, de vulnerabilidade e determinantes que podem causar danos à saúde, processo este importante para análise de um conjunto de indicadores na escala do município, e para conhecimento da população e a forma como esta se relaciona com o território. No entanto na prática o que se faz é o contrário, primeiro se faz a

contagem da população, do número de profissionais que vão atuar em uma determinada área, para depois delimitar as áreas. Então o que se territorializa pelas políticas de saúde é a quantidade de pessoas, quando deveria ser o contrário, por que se há um território ele já está inevitavelmente territorializado pelos agentes que o compõe. Esta é uma crítica pertinente com a qual concordamos, conforme nos aponta Souza (2011). A autora considera que,

[...] falar em territorialização de uma coisa é uma tautologia, pois todas as coisas necessariamente estão “territorializadas”. Nada pode ser adjetivado com território. Ele é inerente à existência das coisas. É, portanto, errado falar em “territorialidade da saúde”, pois ela só pode significar um uso do território, este é inerente a ela. A discussão, portanto, é outra: aquela da distribuição socioespacial ou sócio territorial dos serviços de interesse social, inclusive a saúde. Hierarquização, acolhimento, responsabilização e vínculo não existem sem conhecimento do uso do território. (SOUZA, 2011, p.70).

Quando se implanta a UBS, esta recebe demandas da população que necessita dos serviços de saúde, além de fazerem o processo de gestão das políticas de saúde. Cabe ressaltar aqui o fato de que as políticas de saúde que atendem a toda população brasileira são pensadas de maneira setorial, no âmbito do Ministério da Saúde, onde são concebidas e pensadas de maneira vertical, pois normatizam as ações na forma de normas, manuais e guias que devem ser seguidos para operacionalizar a política pública de saúde, sendo que as realidades do vasto território brasileiro e da diversidade cultural que o produz não podem ser pensadas de fora para dentro, ou seja, não se leva em conta as reais necessidades da população, caracterizando assim um território político administrativo com limites bem definidos do qual não participam todos os atores sociais.

4. TERRITÓRIOS DA SAÚDE

4.1 TERRITÓRIO E TERRITORIALIZAÇÃO DA SAÚDE: ESTUDOS GEOGRÁFICOS

Neste capítulo demonstraremos estudos de geógrafos que se empenharam em fazer uma aproximação da abordagem territorial nas políticas e programas voltados à saúde.

Os estudos de Pehouskei e Benaduce (2007), Pereira (2008), Monken e Barcellos (2007) Guimarães (2010), Faria e Bortolozzi (2009), Gondim, et al, (2008) Domingos e Pitton (s/d). Há vários entendimentos do que seria o território no PSF, assim como, diferentes abordagens conceituais em que cada autor concebe e, por conseguinte entende de diferentes maneiras o território de acordo com suas perspectivas de estudo.

Destacamos aqui que atualmente a terminologia para o Programa Saúde da Família passa a ser Estratégia Saúde da Família, no entanto manteremos no texto a terminologia a qual vigorava no período em que os trabalhos foram escritos.

A partir da instituição do SUS na década de 1990, que tem como lócus de organização uma base territorial que se iniciam os estudos de geógrafos que têm destaque em suas discussões as temáticas territorial e espacial e assim tem estado na pauta das principais discussões geográficas. Em relação à abordagem territorial no campo da saúde, a significância do território nas ações em saúde se dá principalmente nas questões do planejamento do setor e das atividades cotidianas que se dão em territórios delimitados pela política de saúde, que abrange todo território nacional.

Domingos & Pitton (s/d), realizaram levantamento bibliográfico a respeito do uso do território no Programa Saúde da Família, e levantaram questionamentos a respeito de dois aspectos principais: a delimitação da área de abrangência do programa e a inserção da sociedade. Partindo da reflexão sobre o tema demonstraram a importância do geógrafo tanto no planejamento das ações como no auxílio à compreensão dos conceitos geográficos utilizados no dia a dia do trabalho dentro do serviço de saúde. As autoras concluíram que há certa homogeneidade nos critérios utilizados pelos gestores para espacialização das USF (Unidades Saúde da Família), em que são escolhidas áreas mais empobrecidas geralmente nas periferias, e a implantação acontece apenas por parte da administração municipal, não havendo participação da sociedade na elaboração das ações que serão implementadas. Assim, são os próprios gestores que delimitam a área de abrangência considerando critérios como acessibilidade, o número de funcionários disponíveis para atuar, e por último se faz a

caracterização da população a ser atendida, trabalho este realizado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Sobre os agentes de saúde, as autoras relatam que os mesmos muitas vezes não moram na área em que atuam, indo de encontro às diretrizes do programa, verificaram que não se respeita à determinação de contratar um agente morador da própria área de abrangência, o que diminui as possibilidades de apropriação dos conhecimentos cotidiano da população, o que facilitaria as visitas. Além disso, a falta de treinamento pelos supervisores locais prejudica o andamento do trabalho e deixa muitas vezes a população sem respostas aos seus questionamentos. Destacam ainda que com o programa saúde da família e dos agentes de saúde torna-se primordial incluir o local na elaboração de políticas públicas. Nesta perspectiva, as autoras fazem uma abordagem do uso do espaço geográfico pelo PSF, argumentam que:

[...] Ao compreender o conceito de espaço geográfico, os gestores locais do PSF, devem evidenciar as relações sociais que acontecem em diferentes lugares, que em certos casos, não estão delimitadas por barreiras físicas e sim culturais, resultado das individualidades do espaço urbano. [...] a realidade urbana é produto de diferentes lugares que se conectam ao longo do tempo, e cada lugar é representado pelas relações humanas e o meio físico; a observação das individualidades humanas no espaço geográfico proporciona a evolução no desenvolvimento de propostas para a minimização das doenças. (DOMINGOS & PITTON, s/d, p. 06).

Assim, as autoras entendem que a abordagem da geografia humanística, divulgada por Yi-Fu Tuan (1982), deveria ser a proposta metodológica na compreensão do “[...] homem e sua condição, das relações das pessoas com a natureza, do seu comportamento geográfico, dos seus sentimentos e ideias a respeito do espaço e do lugar [...]” (Ibidem).

Nesta perspectiva, a proposta de trabalhar com dados qualitativos no momento de caracterização da área de abrangência dos serviços de saúde do Programa Saúde da Família, seria primordial, já que assim o ACS teria condições de observar os aspectos físicos e sociais do lugar de cada pessoa e assim, conhecendo através da aplicação de questionários e da observação das relações sociais que ocorrem no espaço. As equipes do PSF poderiam então realizar a delimitação das áreas de trabalho e aplicar o conceito de território nas atividades cotidianas, levando em consideração o ambiente vivido pelas pessoas. A falta de capacitação dos profissionais e a não realização de espaços de diálogo com a comunidade dificultam a prevenção e podem gerar custos ao sistema de saúde.

Dentro da perspectiva de planejamento dos serviços de saúde, num território estabelecido, ou seja, a área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde para atuação das

Equipes Saúde da Família (ESF) e conseqüentemente do Programa Saúde da Família (PSF), Perehouskei e Benaduce (2007) percorrem algumas abordagens referentes ao conceito de território principalmente no que tange a Geografia da Saúde. Assim, para os autores, existe um vasto campo de discussões que irão se traduzir em diversas dimensões de análise, a saber: “[...] uma etimológica; ‘natural’ ou biológica; política ou jurídico-política; econômica; cultural ou simbólica; ‘integradora’, ou seja, podemos identificar a presença de múltiplos territórios agindo dinâmica e simultaneamente” (PEREHOUSKEI E BENADUCE, 2007, p.35).

Os autores trazem importantes contribuições na discussão sobre o **território-área de abrangência, território-área de influência, território-rede**, fortemente debatido por geógrafos e outros pesquisadores nas questões do planejamento em saúde. E ainda, especificam que o **território área de abrangência** refere-se à área de responsabilidade da Unidade Básica de Saúde e tem como critérios de delimitação, o fluxo e o acesso da população ligada às condições de vida. O acesso pode ter enfoque **geográfico**, como as distâncias percorridas para chegar ao serviço e as barreiras encontradas que o dificultam como meios de transporte precário, ruas não asfaltadas etc. Já no enfoque **funcional** refere-se à qualidade dos serviços prestados a população, e no enfoque **cultural** a prerrogativa é respeitar os costumes da população dentro de um determinado contexto. E por último, destacam o enfoque **econômico**, que pressupõe a indisponibilidade dos serviços a todas as pessoas. Nesta perspectiva econômica do recorte territorial da área de abrangência e identificação dos principais problemas que acometem a comunidade devem ser analisadas “[...] em conjunto com a comunidade e as equipes de saúde da família para pensar ações de promoção e prevenção de saúde para melhor definição do recorte territorial [...]” (UNGLERT 1993, p. 221 apud PEREHOUSKEI E BENADUCE, 2007).

Partindo de uma perspectiva eminentemente econômica, Perekouskei e Benaduce (2007) citam Mendes (1993) que complementa:

[...] a antiga área de abrangência ganha outros significados, que complementam a simples delimitação geográfica, com a interação dos problemas econômicos, políticos, culturais e sanitários. É na verdade um espaço de vida pulsante, de alegrias e conflitos sempre em movimento e que não admite simetrias. Deverá ser esquadrihado para que se possa conhecer a realidade de saúde da área socialmente determinada. (MENDES, 1993, p.93, apud. PEREHOUSKEI E BENADUCE, 2007, p.40).

Para explicar o conceito de **Território Área de Influência**, que vai além da área de abrangência, Unglert (1993) descreve a área como sendo “[...] gerada na lógica assistencial da **demanda espontânea**, onde a população procura atenção de seus problemas de saúde considerando as distintas modalidades de acessibilidade [...]” (UNGLERT 1993, p. 295, apud PEREHOUSKEI E BENADUCE, 2007, p.41).

Os autores destacam também a compreensão do conceito de **território-rede**, que podem atuar simultaneamente com outros territórios, rompendo fronteiras estabelecidas para além do recorte territorial das unidades básicas de saúde. Diante do exposto,

[...] A partir dessas relações entre os múltiplos territórios vêm sendo utilizado cada vez mais o termo “rede”, que nos auxilia na compreensão de importantes articulações estabelecidas entre as diversas territorialidades. [...] certas formas espaciais criadas com o objetivo de destruir e reconstruir territórios. (HAESBAERT, 2002, p. 121 e 122, *apud*, PEREHOUSKEI E BENADUCE, 2007, p.41).

Nesta perspectiva, pode-se notar a crítica que vem se estabelecendo ao conceito de território apenas como área, limite de atuação e lócus do planejamento, assim, percebe-se a inserção cada vez maior da necessidade de se entender também o território enquanto processo do qual participam também a população, por isso o movimento do território não pode passar despercebido bem como a vida que o anima, é preciso então reconhecê-lo, esquadrihá-lo permanentemente, esse processo deve ser contínuo nas atividades rotineiras das equipes saúde da família.

As concepções de Pereira (2008) vêm ao encontro das ideias expostas acima quando menciona e entende que a existência de uma apropriação do território pelas práticas cotidianas do sujeito em seu trabalho perpassa pela multiterritorialidade que pode ser articulada ou desarticulada. Assim, “[...] as multiterritorialidades **articuladas** ocorrem quando se percebe que as ações no território, a partir de vários níveis escalares e da própria escala geográfica de observação **convergem** para um objetivo único ou similar [...]”. Já as “[...] as multiterritorialidades **desarticuladas** são observadas quando ocorrem ações no território, a partir de vários níveis escalares ou da própria escala de observação, que **divergem** de um objetivo único ou similar [...]”. (grifos nossos).

Assim, entende-se que é a partir desta perspectiva, da multiplicidade de territórios, que considera outros aspectos além dos limites territoriais, como o aspecto cultural as especificidades e valores estabelecidos nos diferentes locais que são as formas mais significativas de estudar a saúde das populações. Corroborando com este entendimento, tem-se que:

[...] O território é resultado de relações desiguais de poder que envolvem o controle político econômico do espaço e sua peculiar apropriação, em alguns momentos combinado, em outros, completamente desarticulado. Como na atualidade, vivemos a atuação de múltiplos territórios, ora nos deparamos com determinada territorialidade, ora com outra, tendo as referências e controle espaciais, percorrido diversas escalas de poder e também de identidade. (HAESBAERT, 2002, p.121, apud, PEREHOUSKEI E BENADUCE, 2007, p.42).

Alvarenga & Martins (2010), no trabalho “*De que território os médicos do Programa de Saúde da Família estão falando?*”, apresentam reflexões do estudo sobre a prática médica no Programa de Saúde da Família (PSF) e a mudança de modelo assistencial em saúde a partir do estudo de caso de uma região de Saúde da cidade de Vitória, Espírito Santo. Utilizando abordagem qualitativa, na coleta e análise dos relatos de sete médicos, relataram as práticas do PSF, procurando entender a relação médico território. As autoras concluem que os médicos não conheciam o território na concepção primordial que transforma o modelo, tratando-o como área de abrangência geograficamente delimitada, o que não traz oportunidades de práticas de saúde, as quais demonstrem a mudança do paradigma causal do processo de adoecimento contido na Constituição Federal Brasileira, que admite a multicausalidade com determinação social.

Monken e Barcellos (2007) buscam compreender o território e a territorialização como categorias de análise que possibilitam uma aproximação entre a geografia e a saúde como possibilidade de entender, partindo de um determinado contexto do qual emergem as relações complexas entre o processo saúde-doença. Para tal, argumentam que para entender os contextos devem-se perceber as diferenças concretas na vida social, o que vai permitir uma maior flexibilização nas soluções dos problemas de saúde. Tem-se desta maneira que,

[...] a doença é uma manifestação do indivíduo e a situação de saúde é uma manifestação do lugar, pois os lugares e seus diversos contextos sociais, dentro de uma cidade ou região, são resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças (MONKEN E BARCELLOS, 2007, p.178).

Os mesmos autores nos trazem uma aproximação com o contexto do lugar onde as pessoas possuem diferenças e transformam o lugar a partir da vivência cotidiana, seja de maneira harmoniosa ou conflituosa, isto por que as pessoas não são iguais. Destacam que, no mesmo lugar coexistem diferentes atores sociais que têm diferentes interesses e forças políticas da qual emergem conflitos já que existem regras para a vida e para os lugares, isto é, que regulam o uso do lugar. Assim, o território deve ser entendido a partir da análise dos

contextos tanto na dimensão objetiva quanto subjetiva da vida de um lugar, que podem influenciar ou condicionar de forma direta ou indireta as pessoas e objetos, dependendo de como elas estão localizadas no território, do ponto de vista social, econômico, político e cultural. (MONKEN e BARCELLOS, 2007).

[...] Tanto para a análise como para estratégia de ação sobre a desigual distribuição espacial da saúde de populações, devemos adotar caminhos importantes como: conhecer, conhecer para interpretar e interpretar para atuar — o que frequentemente acontece de forma desarticulada, incompleta ou deficiente (MONKEN E BARCELLOS, 2007, p.177).

Estas diferentes formas de se compreender a saúde das populações e a distribuição dos serviços de saúde, desarticuladas, incompletas ou deficientes, como nos destacado na citação acima, se dão devido as diferentes formas de usos dos recursos do território, que podem dimensionar determinados comportamentos e práticas de saúde. Neste entendimento, “[...] o território socialmente usado adquire características locais próprias, em que a posse de determinados recursos expressa a diferenciação de acesso aos resultados da produção coletiva, isto é, da sociedade”. (MONKEN E BARCELLOS, 2007, p.184). Os mesmos autores recorrem a Albuquerque (2001) para dizer que o território “[...] refletiria as posições ocupadas pelas pessoas na sociedade e é consequência de uma construção histórica e social, sendo, por isso, capaz de refletir as desigualdades existentes” (ALBUQUERQUE, 2001, p. 613 apud MONKEN E BARCELLOS, 2007, p. 184).

Estas condições são influenciadas por atores que estão além da escala local, como a multinacionais que estão fora dos limites locais, mas acabam influenciando no lugar de vida das pessoas. Assim, diferente do espaço geográfico, entendido por Monken e Barcellos enquanto lugar, os territórios estão sempre delimitados em áreas. No entanto, “[...] a adoção de um limite territorial para analisar e atuar, por exemplo, sobre as condições ambientais e de saúde, é reconhecidamente artificial” (MONKEN E BARCELLOS, 2007, p.186). Ainda destacam que o primeiro problema para as ações de saúde é a delimitação dos territórios e a identificação dos poderes instituídos dentro destes territórios. A ideia de que estes territórios são fechados e autônomos é para estes autores completamente artificial. Neste sentido,

[...] Um dos entendimentos mais tradicionais de território é de que se trata de uma instância de poder, assim, as divisões territoriais utilizadas no SUS, tais como o município, o distrito sanitário e a área de abrangência de serviços de saúde são áreas de atuação, de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político. Esse poder existente também é instituído através das redes de relacionamento humano que se constituem no espaço. (BARCELLOS, p.51, op cit, apud, DOMINGOS E PITTON, s/d, p. 08).

Neste sentido, para que as ações de saúde atendam as necessidades da população, devem ser guiadas por estas especificidades, no contexto dos territórios onde se estabelecem relações da vida cotidiana, garantindo assim, uma aproximação com a produção social dos problemas de saúde coletiva, nos diversos lugares onde a vida acontece. Isto por que, cada local tem uma população específica que se encontra distribuída de maneira desigual no território. Em geral este fato se dá por “[...] fatores históricos da ocupação e apropriação do território, e as desigualdades sociais, que têm o efeito de juntar os semelhantes” (MONKEN E BARCELLOS, 2007, p. 181).

Corroborando com a citação acima, Guimarães (2010) ressalta que para entender o lugar dos ricos e dos pobres, ao fazer uma breve análise das cidades brasileiras podemos observar como as desigualdades sociais são produzidas e se evidenciam em diferentes locais. Assim, onde residem os mais ricos, em geral as condições de infraestrutura básica como rede de água e esgoto, telefonia, rede elétrica, guias e sarjetas, calçamento e pavimentação, tendem a estar em perfeitas condições. No seu entorno, costuma-se localizarem-se atividades comerciais e serviços dos mais variados, como clínicas, *shopping centers* entre outros. Já nos lugares onde residem os menos favorecidos economicamente, dentro desta mesma cidade percebe-se moradias precárias, localizadas em áreas de risco sem as mínimas condições de bem estar (GUIMARÃES, 2010).

Ainda conforme Guimarães (2010), estas são marcas deixadas no espaço urbano, e principalmente, são um reflexo da desigualdade que a própria sociedade produziu. Assim, tratando-se do campo da saúde, esse espaço desigual reforça as distâncias entre ricos e pobres, gerando diferentes padrões de morbimortalidade, bem como “[...] dependendo da área de sua moradia, as condições sociais daquele espaço acentuarão as diferenças entre os processos de adoecer e morrer das pessoas que ali vivem” (GUIMARÃES, 2010, p. 252).

Na década de 1970, grandes transformações impostas pela sociedade global vem fortalecer a discussão entre espaço e território nas pesquisas em saúde pública. As mudanças que ocorreram no perfil de morbimortalidade da população demonstrou um declínio nas doenças infecciosas por um lado, e o aumento das doenças crônico degenerativas de outro. Com a globalização tornou-se cada vez mais possível o fluxo de vírus e bactérias que podem produzir grandes epidemias, a AIDS (Doença Sexualmente Transmissível) tornou-se um problema de saúde sem precedentes e com isso a Geografia emerge nos estudos das relações espaciais, ambientais em diferentes escalas na produção de doenças. A epidemiologia buscou, neste sentido buscar formas de entender a doença como manifestação da coletividade.

Faria e Bortolozzi (2009) analisam sucintamente a contribuição de Milton Santos para a saúde pública brasileira, em especial a geografia da saúde numa tentativa de aproximação entre a epidemiologia e a geografia. Segundo estes autores, a influência da produção teórica que Milton Santos legou a saúde pública advém da preocupação deste autor com o objeto da ciência geográfica a partir do estudo do espaço geográfico e do território influenciando nas demais ciências como a Economia, a Sociologia e a Epidemiologia. Neste sentido, os autores assinalam que,

[...] A utilização dos conceitos de espaço e território em Milton Santos permitiu mudar o foco de atenção, que antes era centrado na doença, para os determinantes sociais das condições de saúde. A apropriação social do espaço produz territórios e territorialidades propícias à disseminação de determinadas enfermidades. Os usos e as funções que cada recorte espacial podem conformar perfis territoriais que revelam as condições de acesso aos serviços de saúde, exposição a fatores de risco, exclusão socioespacial, entre outros fatores determinantes das situações de saúde em grupos sociais. (FARIA e BORTOLOZZI, 2009, p.39).

Barcellos (2002) e colaboradores entendem que

[...] Os espaços são conjuntos de territórios e lugares onde fatos acontecem simultaneamente, e, suas repercussões são sentidas em sua totalidade de maneiras diferentes. Cada fato é percebido com maior ou menor intensidade de acordo com a organização socioespacial, cultural, político e econômica de cada população que habita e produz cada um desses lugares. (BARCELLOS et al, 2002, apud GONDIM, et al, 2008, p. 01).

No entanto, os mesmos autores advertem que espaço e território não são sinônimos. O que diferencia espaço de território é a noção de limites. O território sempre tem limites, seja político administrativo, de apropriação por um determinado grupo social, tem relativa homogeneidade interna e o mais importante, e o que o diferencia do espaço geográfico enquanto totalidade, é que o território é portador de poder. É no território, assim delimitado, que se estabelecem os poderes de atuação do Estado, das agências e dos cidadãos, daí sua importância estratégica “[...] para as políticas sociais públicas na consolidação de ações para o enfrentamento de problemas e necessidades da população que o habita e o produz socialmente”. (GONDIM et al , 2008, p.02).

Neste enfoque, para reconhecer os territórios nos quais se territorializam as políticas de saúde é essencial caracterizar a população e seus problemas de saúde, além de avaliar se os serviços de saúde estão impactando positivamente nos níveis de saúde da população. Ainda os mesmos autores destacam que o espaço-território, é bem mais abrangente do que o recorte político-operacional do sistema de saúde. É, além de disso, o *locus* da interação população-serviço no nível local que possui uma população específica vivendo em tempo e espaço

singulares, com problemas e necessidades específicas, que precisam ser visualizados espacialmente pelo serviço de saúde para que, (re) conhecendo os territórios de atuação das equipes de saúde se possa planejar e intervir de acordo com as necessidades percebidas nos territórios. (GONDIM *et al*, 2008).

Estes aspectos, considerados também por Mendes (1993), Barcellos e Rojas (2004) citados por Gondim e colaboradores (2008) levam a compreensão do território para além de uma extensão geométrica, mas que possui também “[...] um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção”. (GONDIM *et al* 2008, p. 03).

Ainda Gondim e colaboradores (2008), entendem que não faz sentido pensar o território como uma área delimitada, com limites fixos e rígidos, é preciso atentar para os processos e territorialidades que na abordagem em saúde, ultrapassam estes limites impostos pelo poder de atores determinados, passando a compreendê-lo como instância de poder em que participam também as populações a ele adscritas, isso se dá pelo reconhecimento desta população e dos processos que ocorrem no uso do território e das territorialidades que nele se manifestam. No que tange a abordagem territorial no campo da saúde, citam os estudos de Santos e Silveira (2001), os quais entendem que “[...] o território, em si mesmo, não constitui uma categoria de análise ao considerarmos o espaço geográfico como tema das ciências sociais, isto é, como questão histórica. A categoria de análise é o território utilizado”. (SANTOS & SILVEIRA, 2001, p.12).

Santos (1998b) citado por Faria e colaboradores (2009) argumenta que o território é determinado pelas diferentes funções espaciais ou pelos diferentes usos espaciais, para entendê-lo é preciso atentar para as relações políticas e econômicas baseadas no modelo de produção capitalista. Estas relações se desdobram em diferentes funções-usos espaciais possibilitando delimitar territorialmente um espaço no qual as práticas de saúde poderão ser implementadas.

Outra questão que merece ser observada quando se insere a categoria território nas investigações e no planejamento em saúde é sua viabilidade prática, desmistificando a ideia de que o problema de saúde pública será resolvido a partir somente do reconhecimento dos territórios. No entanto, reconhecer como o território é incorporado no âmbito da saúde, principalmente no que tange as práticas cotidianas do trabalho em saúde, é um esforço no sentido de aperfeiçoar “[...] as ações de caráter preventivo e ao mesmo tempo evitar a sobrecarga das ações de caráter corretivo, que quase sempre são resolvidas nos hospitais” (GONDIM *et al*, 2008, p.37).

O ponto de partida deste processo é a territorialização do sistema de saúde, isto é, o reconhecimento, esquadramento do território do município segundo a lógica de relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde, o que implica coleta e sistematização de dados demográficos, sócio econômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários.

Neste sentido, entender a territorialização dos serviços de saúde partindo da escala do lugar, nos permite entender o processo de saúde-doença, adoecer e morrer do cidadão. “[...] Assim, a territorialização permite espacializar e analisar os principais elementos e relações existentes em uma população, os quais determinam em maior ou menor escala seu gradiente de qualidade de vida” (GONDIM *et al*, 2008, p.15).

A territorialização é um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas em vigilância em saúde, por meio da delimitação de áreas e micro áreas do PSF previamente determinadas. A territorialização de atividades de saúde vem sendo preconizada por diversas iniciativas no interior do SUS, como o PSF, a Vigilância Ambiental em Saúde, Cidades Saudáveis e a própria descentralização das atividades de assistência e vigilância. (MONKEN E BARCELLOS, 2007).

O poder público, ao planejar suas ações de saúde sobre populações específicas, pode estender, através do território, seu campo de atuação formal sobre os espaços, que, por sua vez, devem ser observados permanentemente, pois os territórios modificam-se conforme as dinâmicas das relações sociais, mudando ou não a correlação de forças existentes. Territorializando as condições concretas de vida e de saúde de grupos populacionais, eles próprios e as autoridades de saúde podem reconhecer a situação de saúde, possibilitando assim elaborar práticas de saúde promotoras de melhor qualidade de vida.

Nesta breve alusão, e que estão presentes no processo de implantação das políticas de saúde, embora não discutidos conceitualmente, já podemos notar o que fica implícito aos olhares desatentos aos significados de tais conceitos, a proximidade que nos é apresentada com a adscrição da clientela e o vínculo estabelecido entre população e o serviço de saúde, e ao mesmo tempo conota a separação, a dominação, o território visto pela política como apenas uma forma de implantar uma ação setorial e seletiva nos territórios, isto significa que o território tem profunda relação com o poder, seja pela dominação como pela apropriação.

Isso se dá pelo fato da implantação do SUS, como descrito no capítulo primeiro, que sendo uma conquista do movimento da reforma sanitária brasileira buscou-se transformar o modelo da atenção antes baseado numa lógica hospitalocêntrica onde o acesso era negado a todos, para dar vistas a um modelo integral passando a saúde ser entendida como direito e o

modelo de atenção passa a ser voltadas para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e recuperação da saúde.

Neste contexto, o Programa Saúde da Família surge como estratégia para reorganizar o modelo assistencial e fortalecer a Atenção Básica, e assim o território vai adquirindo diferentes nomenclaturas quer seja o território municipal, o distrito sanitário, a micro área, a área de abrangência de unidades de saúde, dentre outros, que se transformam em territórios de poder tanto de atuação de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político, que se estruturam no espaço e criam territórios próprios, dotados de poder.

Já a territorialização foi preconizada como o caminho para fazer o reconhecimento do território com vistas à organização do processo de trabalho. No entanto, o que se tem observado a partir das leituras realizadas e dos autores estudados confirma que as práticas de territorialização tem se limitado à adscrição de clientela e ao mapeamento das áreas e micro áreas da área de responsabilidade sanitária das equipes de saúde da família.

4.2 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). É a partir da criação do SUS que se inserem a definição do território e da territorialização para sua operacionalização fazendo emergir as discussões no âmbito da Geografia.

Considerada o primeiro nível da atenção, a atenção básica caracteriza-se por ser a porta de entrada do SUS e também o primeiro contato da população com o serviço de saúde. Portanto, o trabalho em equipe é fundamental já que atuam em territórios delimitados, com população adscrita pela qual as equipes assumem responsabilidade. Nesse nível de atenção a prioridade é atender os problemas de saúde menos complexos do ponto de vista técnico, baseando-se na prevenção, promoção e na escala do município, com a finalidade de diminuir custos e facilitar a gestão. (BRASIL, 2007).

Desta maneira, a atenção básica deve considerar no seu conjunto de ações fatores que envolvam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, garantindo assim melhor qualidade de vida a todos os cidadãos. A forma com que é desenvolvida depende de equipes multidisciplinares que atuam em territórios delimitados, nos quais assumem responsabilidade pela população adscrita. Utiliza de

tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade e estrutura-se em três níveis: atenção básica, média complexidade e alta complexidade (BRASIL, 2007).

É nas Unidades Básicas de Saúde que a AB se estrutura. A importância da UBS vem no sentido de organizar a demanda (procura do serviço pela população) para os outros níveis de maior complexidade. Não somente organizar, mas evitar o fluxo de pessoas que podem ter suas necessidades atendidas no primeiro nível de atenção utilizem indiscriminadamente equipamentos de alta tecnologia, com finalidade de prover uma utilização racional dos recursos. (FARIA, 2012).

A Estratégia Saúde da Família atua na lógica de equipes multiprofissionais, sendo, médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, profissionais de saúde bucal. Estas equipes se responsabilizam pela situação de saúde de determinada área, cuja população deve ser no mínimo de 2.400 e no máximo 4.500 pessoas, conforme determina a PNAB (2006) O cadastramento e acompanhamento é o que gera a responsabilização das equipes que devem atender esta população em todas as suas necessidades de saúde, entendendo as condições sociais, ambientais e econômicas em que vivem. A ênfase dada ao profissional ir até a residência das pessoas e se aproximar das comunidades é o objetivo principal da saúde da família (figura 01). A partir disso, cria-se o vínculo das equipes com a população adscrita facilitando os processos de planejamento de ações de promoção à saúde. (BRASIL, 2007).

O município é responsável pela saúde integralmente, ou seja, o sistema municipal deve garantir o acesso à atenção básica e aos serviços especializados (de média e alta complexidade), mesmo quando localizados fora de seu território, controlando, racionalizando e avaliando os resultados obtidos.

Tabela 01- Relação entre os tipos de serviços de saúde e possibilidades de distribuição no território

Nível de complexidade	Unidade de saúde	Abrangência
Baixa	Posto ou centro de saúde	Local (dentro do município)
Média	Hospital geral	Microrregional (entre municípios)
Alta	Hospital especializado	Regional (entre grandes municípios)

Fonte: Monken e Barcellos, (2007).

Analisando-se a questão da atenção básica, pode-se dizer que este modelo de atenção é mais uma forma de seletividade nos territórios do SUS já que, distribui-se em diferentes escalas territoriais e de complexidade, o que acaba gerando o não acesso ou o acesso dificultado de certas parcelas da população.

O município de Áurea, não conta com equipamentos de alta tecnologia para atendimento da população. Procedimentos mais complexos, ou mesmo exames considerados mais simples como uma radiografia são realizados no município de Erechim/RS.

O serviço de saúde municipal está organizado principalmente pela oferta de serviços de atenção básica no seu primeiro nível através da ESF. No que tange a atenção secundária e terciária são prestados em outros municípios da região. Os exames de tomografia computadorizada, Ressonância Magnética, Densitometria Óssea, Cintilografia e Litotripsia, os mesmos são gerenciados através da 11ª CRS com limite mensal, sendo que exames de Tomografia e Ressonância possuem demanda reprimida, ou seja, há um número limitado destes procedimentos para o município, o que gera longo período de espera para marcar e realizar o procedimento.

A CRS regula alguns serviços de média e alta complexidade, tais como Cardiologia, Neurologia e Cirurgia Vascular, os pacientes que necessitam destes serviços são encaminhados para o Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo-RS. Na área de Saúde Mental, bem como o tratamento de dependência alcoólica, existem vagas disponíveis para internação e também são gerenciadas pela 11ª CRS, geralmente os pacientes são encaminhados para o Hospital de Marcelino Ramos/RS e Clínica Paulo Guedes de Caxias do Sul/RS.

O município também possui convênio com o Hospital Santa Terezinha, através da Central de Especialidades, são encaminhados para consultas cerca de 25 pacientes por mês, os quais caso precisarem de cirurgias também serão atendidos através deste convênio.

Tratando-se das consultas com médicos especialistas, as mesmas demoram em média 02 meses para serem marcadas, sendo que na área Otorrinolaringologia e Urologia, podem se estender até 08 meses. Outro problema refere-se às especialidades como Dermatologia, Endocrinologia, Nefrologia, Cirurgia Plástica Reparadora e Cirurgia Torácica, nesses casos ou o paciente consulta com médico particular, ou pode ser encaminhado através da central de marcação de consultas de Porto Alegre-RS, porém existe grande dificuldade para efetuar o agendamento.

Cabe destacar que a atenção básica organizada a partir das ESF, diferente dos demais níveis do SUS, não comporta neste nível equipamentos tecnológicos ou especialidades, não

havendo assim hierarquia entre escalas, como nos demais níveis do SUS. Neste sentido, não existem encaminhamentos entre serviços da atenção básica, o que há é uma articulação entre outras escalas em que os centros de referência comportam equipamentos e especialidades médicas (FARIA 2012).

Pode-se dizer que dentro das ESF existem pelo menos duas escalas de atuação, uma caracteriza a área de atuação da ESF e a área de abrangência da UBS que tem expressão espacial nas questões de planejamento. Isto se torna um problema no momento em que a definição de territórios é feita para atuação das equipes condicionando o território a certo número de habitantes (FARIA 2012).

De acordo com Gondim (2008) o território neste contexto é definido como “território de abrangência”, sob responsabilidade de uma equipe de saúde da família. Já a “adscrição” refere-se à população atendida pelas equipes, vinculada a uma Unidade Básica de Saúde. A “territorialização” é considerada uma metodologia que possibilita identificar as condições de vida e da situação de saúde da população.

O papel do agente comunitário da saúde (ACS) é importante primeiramente porque um dos requisitos deste profissional é residir na comunidade em que atua. É o ACS que realiza o cadastramento/diagnóstico das famílias, por meio de uma ficha onde constam os dados de cada indivíduo, além de realizar o mapeamento com a localização das residências e os principais pontos da localidade que facilitem o planejamento e as ações durante o trabalho. Além destas atividades deve identificar áreas que apresentem algum risco à saúde da população, realizar as visitas domiciliares, no mínimo uma visita mensal a cada família, realizar ações coletivas em grupos de risco estimulando a participação das famílias no diagnóstico e planejamento de ações que melhorem sua condição de saúde (BRASIL, 2001).

O ACS é quem percorre diariamente o território em que atua e produz a maioria das informações sobre a situação de saúde da população adscrita. A coleta sistemática de dados que indicam situações problema ou necessidades de saúde de um território específico possibilita identificar suas relações espaciais, vulnerabilidades, populações expostas a problemas de saúde devem ser prioritárias no planejamento das ações por parte do serviço de saúde para identificar e minimizar estes problemas no território.

Desta maneira, processo de trabalho da Equipe da Saúde da Família deve atuar na busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde já que é este profissional que mantém contato de maior proximidade com as famílias adscritas.

No entanto, esse processo de coleta de informações é normatizado através do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica). É a partir do preenchimento de diversas fichas, na visita domiciliar que se produzem a maioria das informações que depois são repassadas ao sistema informatizado na Secretaria da Saúde, que depois os repassa ao Ministério da Saúde. No entanto, o que se percebe e outros autores, como Aranha (2010) já estudaram, muitas informações são perdidas neste trajeto entre o território normado e o lugar enquanto forma. Neste sentido, é necessário entender como o agente de saúde produz outras informações e outros conhecimentos sobre o território em que atua e sobre as pessoas as quais assume responsabilidade.

[...] os únicos a participarem da comunhão entre a coesão estabelecida pela comunidade são os Agentes Comunitários de Saúde, os quais, além de produzir e ter a posse das verdadeiras informações do SIAB são eles que têm o conhecimento sobre o lugar onde atuam, sobretudo porque é esse o lugar onde habitam, onde vivem, onde moram. (ARANHA, 2010, p. 53).

Neste sentido torna-se importante entender que as ações da ESF são práticas sociais que,

[...] por consequência, produzem e resultam em espaços educativos, de forma que se pode afirmar que estão em desenvolvimento competências e habilidades sociais. Com base nisso, tanto a qualificação quanto o processo de trabalho aparecem como impulsionadores de aprendizados, sendo o processo de trabalho a síntese do encadeamento de aprendizagens. (PEREIRA, 2007, p.51).

A proposta de territorialização para o trabalho destas equipes adquire, segundo os autores, três sentidos que se diferenciam e se complementam simultaneamente. O primeiro é a delimitação das áreas de atuação dos serviços; o segundo pressupõe o reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existente dentro das áreas delimitadas, e por fim, indica o estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes, e verticais com centros de referencia. (PEREIRA e BARCELLOS, 2006, p. 10 apud MONKEN E BARCELLOS, 2007).

[...] No PSF, o menor nível de atenção é a família. Os níveis maiores correspondem à micro área, área, segmento e município. A micro área é formada por um conjunto de famílias que congrega aproximadamente 450 a 750 habitantes, constituindo a unidade operacional do agente de saúde. A área no PSF é formada pelo conjunto de micro áreas, nem sempre contígua, onde atua uma equipe de saúde da família, e residem em torno de 2.400 a 4.500 pessoas. Em alguns documentos do PSF, define-se a área de atuação de uma equipe segundo o número de famílias entre 600 e 1.000 famílias (Brasil, 1997). A última unidade é chamada segmento territorial considerado um conjunto de áreas contíguas que pode corresponder à delimitação de um Distrito Sanitário, ou a uma Zona de informação do IBGE, ou a outro nível de

agregação importante para o planejamento e a avaliação em saúde. (PEREIRA e BARCELLOS, 2006, p. 10, apud MONKEN E BARCELLOS, 2007).

Assim, segundo os autores podemos encontrar no processo de delimitação de áreas diferentes territórios, quais sejam:

Território-distrito – delimitação político-administrativa usada para organização do sistema de atenção; Território-área – delimitação da área de abrangência de uma unidade de saúde, a área de atuação de equipes de saúde; Território-micro área – área de atuação do agente comunitário de saúde (ACS), delimitada com a lógica da homogeneidade socioeconômico-sanitária-sanitária; Território-moradia – lugar de residência da família.

De acordo com Gondim (2008) o território neste contexto é definido como “território de abrangência”, sob responsabilidade de uma equipe de saúde da família. Já a “adscrição” refere-se à população atendida pelas equipes, vinculada a uma Unidade Básica de Saúde. A “territorialização” é considerada uma metodologia que possibilita identificar as condições de vida e da situação de saúde da população.

5. CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

O município de Áurea (figura 03) localiza-se na região norte do estado do Rio Grande do Sul, na mesorregião Noroeste Rio Grandense e na Microrregião de Erechim. Possui uma área territorial de 158, 29 Km², limita-se ao norte com o município de Gaurama, ao sul com Getúlio Vargas e Centenário, a leste com Viadutos e Carlos Gomes e a Oeste com Erechim. O município foi criado no dia 24 de novembro de 1987, tendo 27 anos de emancipação político administrativa. (IBGE, 2010).

De acordo com dados do censo demográfico do IBGE 2010, (Instituto Brasileiro de geografia e Estatística), a população total do município é de 3.665 indivíduos, sendo 1.807 do sexo masculino, e 1.858 do sexo feminino.

A história da ocupação territorial no município se deu pela colonização e povoamento no início do século XX, sendo realizada por imigrantes poloneses. Desta maneira, o município destaca-se pela presença de aspectos culturais herdadas dos imigrantes e seus descendentes, que é preservada até os dias atuais na culinária, nas danças e na presença do idioma polonês, falado pelos descendentes poloneses e muito presente no cotidiano da população local. (PMS, 2011). Devido a esta característica cultural, o município é um referencial da cultura polonesa em nosso país, tendo recebido, no ano de 1999, o título de “Capital Polonesa dos Brasileiros”.

Mapa 01: Malha urbana do município de Áurea/RS.



Perfil Demográfico

De acordo com o Censo Demográfico de 2010, a população do município era igual a 3.665 habitantes (tabela 0). Com 41,94% das pessoas residentes em área urbana e 58,06% em área rural.

Tabela 02: População total, por gênero, rural/urbana e taxa de urbanização – Áurea – RS.

População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	4.013	100,00	3.889	100,00	3.665	100,00
População residente masculina	2.030	50,59	1.975	50,78	1.807	49,30
População residente feminina	1.983	49,41	1.914	49,22	1.858	50,70
População urbana	858	21,38	1.262	32,45	1.537	41,94
População rural	3.155	78,62	2.627	67,55	2.128	58,06
Taxa de Urbanização	-	21,38	-	32,45	-	41,94

Fonte: Pnud, Ipea e FJP (2010).

De acordo com o PMS (2011), a partir do ano de 1990 houve uma aceleração da migração interna. A população rural passou a fixar residência na área urbana da cidade “[...] em busca de mercado de trabalho, em razão da crise e endividamento gerado pela política agrícola”, (PMS, 2011, p.20), enquanto outros emigraram para centros maiores. Este fator

pode ser percebido na cidade pela observação dos bairros periféricos que se estabeleceram no entorno da área central, também pela quantidade de pessoas que realizam migrações pendulares até a cidade de Erechim, para onde se deslocam para trabalharem nas empresas situadas nesta cidade, para qual a prefeitura oferece transporte diário.

A estrutura demográfica também apresentou mudanças no município (figura 05). Entre 2000 e 2010 foi verificada ampliação da população idosa que cresceu 4,65% em média ao ano. Em 2000, este grupo representava 11,5% da população, já em 2010 detinha 19,3% do total da população municipal.

O aumento da população idosa indica que os serviços de saúde devem estar voltados para este grupo etário, já que com o passar dos anos as necessidades em cuidados de saúde aumentam nesta faixa etária. A situação dos idosos no município é preocupante, alguns passam por privações e necessidades de alimentação, higiene, vestuário, medicação e lazer, visto que é do salário das aposentadorias que muitas vezes depende a manutenção de toda família, ficando o idoso privado em suas necessidades básicas, e também de afeto e bom convívio familiar. No município houve casos de idosos que moravam sozinhos e por familiares não aceitarem a responsabilidade pelos mesmos, foram encaminhados a instituições geriátricas. Como forma de tentar minimizar essa carência de vínculos afetivos e de socialização dos idosos, foram constituídos os grupos de convivência, registrados junto ao CRAS, (Centro de Referência da Assistência Social) os quais desenvolvem atividades de recreação. (PMS, 2011)

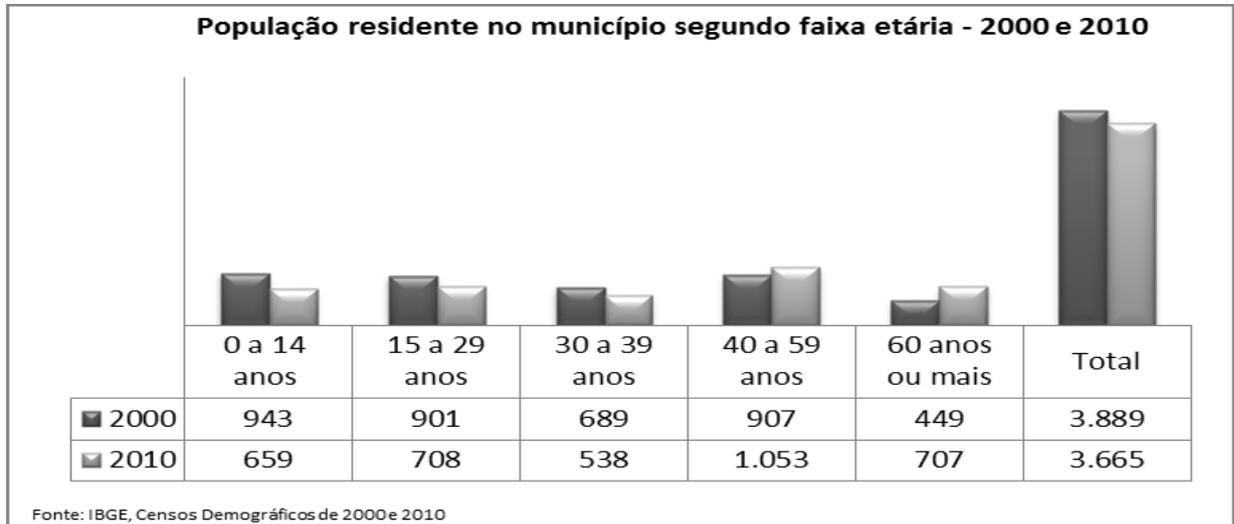
O segmento etário de 0 a 14 anos registrou crescimento negativo entre 2000 e 2010 (figura 05), com média de -3,53% ao ano. Crianças e jovens detinham 24,2% do contingente populacional em 2000, o que correspondia a 943 habitantes. Em 2010, a participação deste grupo reduziu para 18,0% da população, totalizando 659 habitantes.

No município ocorrem alguns problemas referentes a esta parcela da população, como a gravidez precoce, de adolescentes que provém de famílias constituídas, não sendo'' meninas de rua''. Não existem crianças abandonadas, porém atualmente há 04 crianças residindo no abrigo de Marcelino Ramos por problemas de desestruturação familiar. Os casos de maus tratos são poucos e devem-se principalmente ao vício alcoólico notadamente ocorre em famílias com baixa condição sócio econômica. Há ainda crianças e adolescentes dependentes de álcool, fumo, e há evidências da existência de drogas ilícitas, como a maconha, cocaína e crack.

A população residente no município (gráfico 01) na faixa etária de 15 a 59 anos exibiu decréscimo populacional (em média -0,82% ao ano), passando de 2.497 habitantes em

2000 para 2.299 em 2010. Em 2010, este grupo representava 62,7% da população do município.

Gráfico 01: População residente no município segundo faixa etária – Áurea – RS

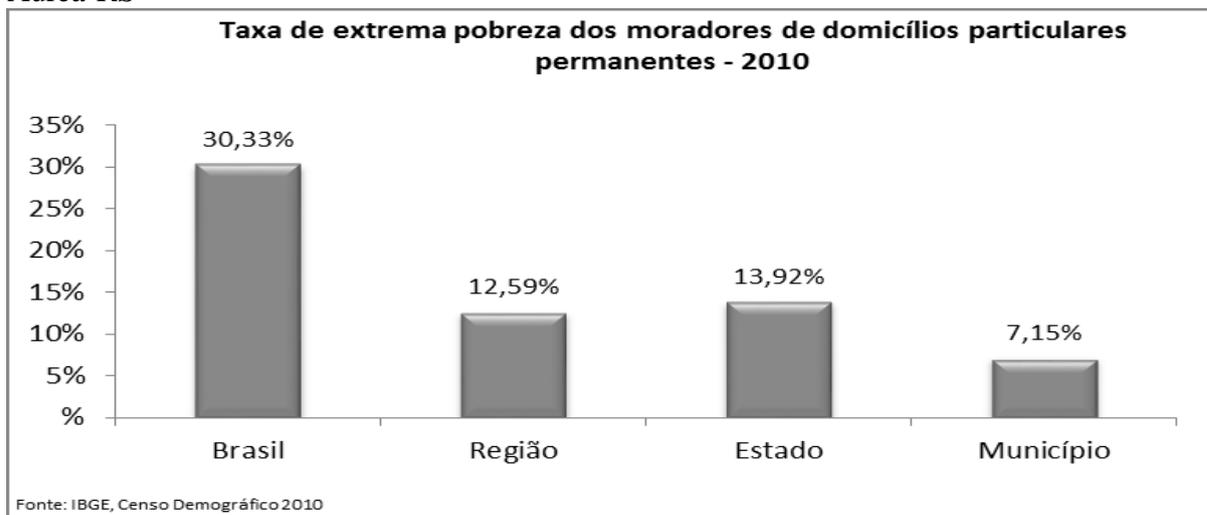


Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social. Relatórios de Informações Sociais. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/RIv3/geral/index.php?kseg=1> Acesso em outubro de 2014.

Perfil socioassistencial

Conforme dados do Censo Demográfico 2010 (gráfico 02), no município, a taxa de extrema pobreza da população era de 7,15% ficando bem abaixo das médias do estado e do Brasil, conforme demonstra a tabela abaixo.

Gráfico 02: Taxa de extrema pobreza dos moradores de domicílios particulares permanentes-Áurea-RS

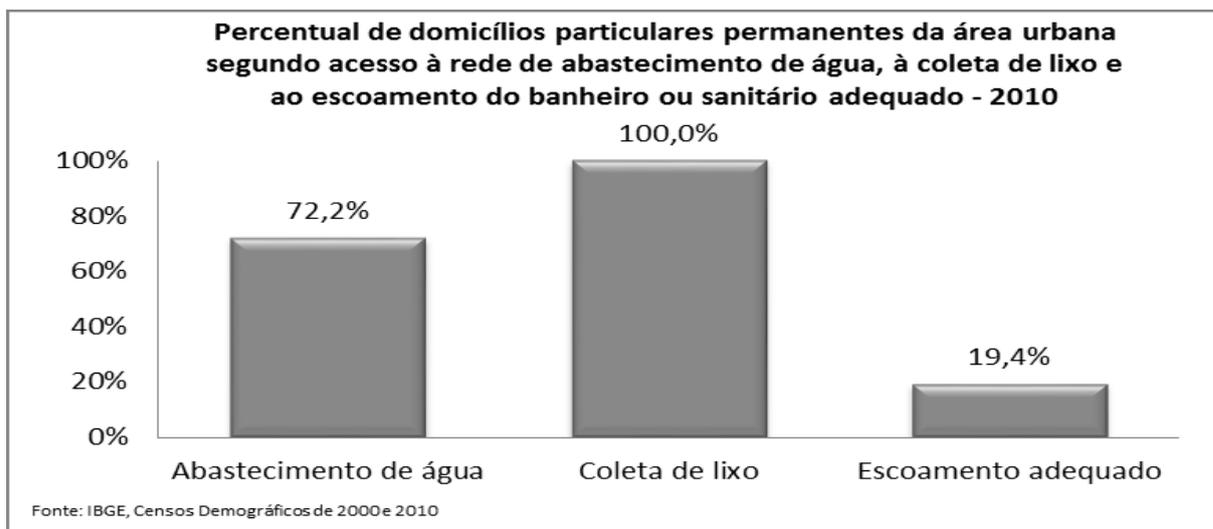


Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social. Relatórios de Informações Sociais. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/RIv3/geral/index.php?kseg=1> Acesso em outubro de 2014.

Saneamento Básico

É importante ressaltar as condições de saneamento interferem nas condições de saúde da população. Dados do Censo Demográfico de 2010 revelaram que na área rural do município, a coleta de lixo atendia 99,5% dos domicílios. Quanto à cobertura da rede de abastecimento de água, o acesso nessa área estava em 72,4% dos domicílios particulares permanentes e 47,0% das residências dispunham de esgotamento sanitário adequado. No caso da área urbana, a coleta de lixo é de 100%, o acesso à água potável é de 72,2 %, e apenas 19,4% dos domicílios possuem esgotamento sanitário adequado, conforma demonstrado no gráfico (gráfico 03).

Gráfico 03: Percentual de domicílios particulares permanentes da área urbana segundo acesso à rede de abastecimento de água, à coleta de lixo e ao escoamento do banheiro ou sanitário adequado- 2010. Áurea-RS



Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social. Relatórios de Informações Sociais. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/RIV3/geral/index.php?kseg=1>. Acesso em outubro de 2014

Saúde

Os dados do Ministério da Saúde são importantes para diagnosticar a situação da área da saúde no município. No tocante à mortalidade infantil, não existem dados disponíveis para o município, ao passo que no Estado o número de óbitos infantis foi de 1.576 crianças e a taxa de mortalidade infantil foi de 11,56 crianças a cada mil nascimentos. O fato de não haver indicadores de mortalidade infantil para o município de Áurea, pode ser um bom indicador de avaliação positiva da AB. As consultas de pré-natal são importantes para a saúde da mãe e da criança. No ano de 2010, 87,88% dos nascidos vivos tiveram suas mães com 07 ou mais

consultas de pré-natal. Já em 2011, este número foi de 90,0%. Este indicador demonstra a importância da Atenção Básica que é de 100% para população tanto da área urbana quanto rural.

Morbidade Hospitalar

As doenças relacionadas ao Aparelho Circulatório foi de maior ocorrência nos últimos anos, as doenças relacionadas ao aparelho circulatório, como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) teve maior representação no ano de 2008 (06 pessoas) e 2009 (06 pessoas), observa-se que dos óbitos registrados ocorreram na faixa etária dos 60 anos ou mais, sendo o Acidente Vascular Cerebral (AVC) responsável pelo óbitos registrados no ano de 2006 (02 pessoas) e 2007 (03 pessoas) na faixa de 60 anos ou mais. Isso nos mostra que a maior parte dos idosos evolui a óbito por problemas circulatórios. Não há alterações na mortalidade por diabetes mellitus nos anos estudados, somente no ano de 2008, houve 01 óbito na faixa etária de 60 anos ou mais. Em relação às doenças do Aparelho Respiratório observou-se que na faixa etária com menos de 60 anos não houve alterações. Na faixa etária de 60 anos e mais, o comportamento é parecido com as outras doenças. Sendo no ano de 2007 (02), 2008 (01) e 2009 (01) pessoas morreram por pneumonia. (PMS, 2010).

As principais causas de mortalidade no município podem ser consequência de problemas frequentes na população brasileira, como a hipertensão e diabetes, doenças respiratórias e neoplasias, agravos que podem ser acompanhados e em parte prevenidos por meio de ações preconizadas para a Atenção Básica. Fazendo uma análise destes dados pode-se sugerir a necessidade de maior intervenção das equipes de saúde para prevenir agravos causados por estas doenças.

Em relação às neoplasias no ano de 2008 ocorreu 01 óbito por câncer de pulmão, na faixa etária de 50 a 59 anos, e de 70 a 79 anos 01 óbito pela mesma patologia. Em relação ao câncer de próstata, ocorreram 02 óbitos no ano de 2008, sendo um deles na faixa etária de 70 a 79 anos e 01 na faixa etária de 80 anos ou mais. Já no ano seguinte 2009, 01 óbito por câncer de próstata na faixa etária de 70 a 79 anos. De acordo com dados do Datasus, o total geral de óbitos por neoplasias entre o ano de 2008 a 2012 foi de 14 óbitos.

Destes aspectos destacados referentes a algumas características do território municipal e do perfil populacional, podemos fazer algumas observações pertinentes em relação às condições de vida da população e a relação entre território e saúde. Em primeiro lugar, uma análise sobre as características da população podem demonstrar ao serviço da saúde pontos chave para atuação e planejamento das ações no âmbito da AB. Por exemplo, o alcoolismo é

destacado em várias situações bem como problemas de relacionamento familiar, dificuldades financeiras que podem levar a perda da qualidade de vida, propensão ao adoecimento, e tudo isto ocorre dentro do território onde atuam as ESF.

O município de Áurea apresenta algumas características em relação ao seu perfil populacional, como por exemplo, uma propensão ao envelhecimento populacional, o que sugere ao serviço de saúde dar maior atenção a esta faixa etária que necessita de maiores intervenções e cuidados tanto na prevenção da agravos causados pelas doenças, que podem levar a perda de qualidade de vida e aumentar os custos para resolução do problemas pelo sistema público de saúde que poderiam ser minimizados.

Reconhecer estes territórios e a população que o habita deve ser o caminho para atuar nas condições de vida e de saúde desta população. Desta maneira, o território não pode ser pensado apenas como limite, como área, é necessário reconhecer a força que o anima e a materialidade que o constitui, uma análise que leve em conta tais questões permitirão conhecer para intervir de forma significativa na melhoria das condições de saúde da população.

5.1 IMPLEMENTAÇÃO DO PSF NO MUNICÍPIO DE ÁUREA

O PACS foi implantado no município no ano de 1996, neste período segundo informações coletadas havia duas agentes de saúde que atendiam principalmente doentes, diabéticos, hipertensos, gestantes e crianças. Não havia médicos, somente um enfermeiro que vinha da cidade de Passo Fundo/RS uma vez por semana para orientar o trabalho das ACS. Não se sabe exatamente em que ano foi implantada a primeira equipe do PSF, no entanto de acordo com o projeto da implantação da segunda equipe, no ano de 2005, consta que já havia uma equipe atuando sendo 01 médica, 01 enfermeira, 01 fisioterapeuta, 01 assistente social, 01 técnica em enfermagem, 04 agentes comunitários de saúde, 01 cirurgião-dentista, 01 assistente de consultório dentário, 01 assistente de higiene bucal.

As primeiras micro áreas foram assim delimitadas: MA01, sua delimitação: Boi Preto, Cosmos, e Linha Gaurama, com 92 famílias. MA 02, sua delimitação: São Sebastião e Baicorá, com 126 famílias. MA03 sua delimitação: Rio carola e Linha Treze de Maio. Com 122 famílias. Estas micro áreas situam-se na área rural. A MA 04 (que hoje corresponde a MA 07), situada na área urbana delimita-se entre Rua Guarani direção norte e loteamento Rua da Matriz, tendo na época 235, famílias. Não podemos afirmar qual o motivo para escolha da implantação desta primeira equipe em tais locais, já que uma das características que contribuem negativamente para a consolidação das atividades da ESF e da firmação de vínculos entre serviço e a população é a alta rotatividade dos profissionais principalmente médicos e enfermeiros e também a falta de documentos desfavorecem o estudo.

No ano de 2005, visando ampliar a cobertura da ESF para alcançar 100% da população, foi realizado o projeto de implantação da segunda equipe saúde da família, que passou a atender todo território municipal (mapa 02). Foram criadas então a Micro área 04, sua delimitação: Km 30, Km 25, São Luiz e Webber. Nº de famílias: 165. MA05, tendo como delimitação: Linha Cinco, Três Barras e Lajeado Liso, com 110 famílias. MA 06, sua delimitação é: Linha cinco, seis e sete – Campinas, com 125 famílias, todas na área rural. E por fim, a MA 08, na área urbana, sua delimitação é: Entre Rua Guarani, direção sul e loteamento Via Getúlio, com 122 famílias.

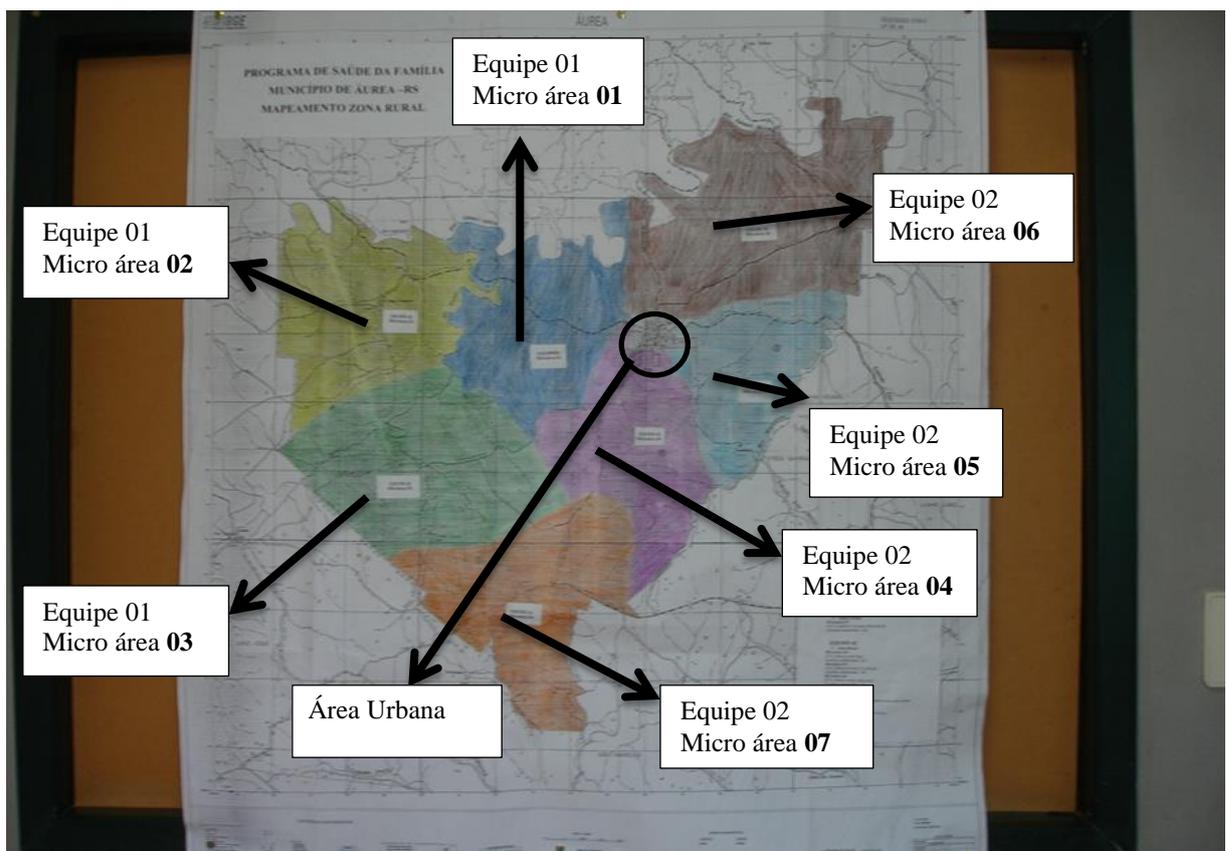
Deteremo-nos a fazer uma breve análise do material cartográfico presente na UBS, o qual representa as áreas e micro áreas dos ACS. Percebemos que os limites para divisão das áreas (que referem-se às duas equipes) seguem o limite das comunidades tal como proposto no projeto de implantação. As micro áreas aparecem claramente delimitadas também de acordo com os limites das comunidades as quais fazem parte a população adscrita. Nota-se

que as micro áreas apresentam certa contiguidade geométrica, principalmente nas áreas rurais, já na área urbana o critério são os arruamentos.

O relato da entrevistada demonstra os critérios para o mapeamento na fase da implantação da segunda equipe saúde da família,

[...] Em 2005 foi implantada a segunda equipe, aí foi colocado mais um agente de saúde e foi redividido novamente, por que tinha muita família para pouca gente (funcionários) foi redistribuído não sendo muito diferente do que estava alguns perderam famílias e os que estavam entrando foram agrupando, depois foi feito de novo mais uma readequação pro que a cidade começou 'inchar' muito, saiu muita família do interior e vinha pra cidade então os agentes até hoje os agentes da cidade, claro que eles podem ter mais famílias que do interior né, os agentes da cidade foram inchando de gente por que quantas famílias vieram né, e os agentes do interior tinha comunidades que perdiam quatro ou cinco famílias por mês, então teve agentes do interior que pegavam parte da cidade os da cidade foi dividido, antes era pouca gente na cidade, hoje já teria que ter o terceiro né por causa disso. (Entrevistado1),

Mapa 02: Mapa das micro áreas do Programa Saúde da Família no município de Áurea/RS- Zona Rural



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Áurea-RS

A enfermeira entrevistada nos esclarece que a os critérios utilizados para tais limites foram considerados tão somente o número de famílias e os limites geográficos como ruas e bairros como pode-se verificar na fala a seguir:

Para dividir os territórios das duas equipes foi utilizada a ‘rua’, tem aquele projeto que foi feito lá pra implantação da segunda equipe tem micro área um vai da rua tal ate lado da rua tal. Na delimitação das micro áreas foi levado em conta quantas famílias ficariam sob responsabilidade de cada equipe. Foi mais ou menos dividido primeiro por comunidades, depois juntou-se para ver o total, se em uma comunidade tinha 60 famílias e noutra tinha 80 por exemplo, 10 famílias passaram para outra micro área pra mais ou menos dar o mesmo número. Depois a readequação que foi feita na cidade, por exemplo, assim, a agente que tinha menos famílias foi pegando o bairro São José, para dar o número de famílias. (Entrevistado1).

O mapeamento foi feito por localização, por comunidades, pegou, por exemplo, as Campinas que elas fazem limite uma na outra né, então ali foi feita uma micro área, São Sebastião, Baicora e uma parte do Carola é outra micro área, Treze de Maio e Boi Preto é outra, foi feito geograficamente falando. (Entrevistado1).

Duas das ACS que ainda atuam e participaram do processo de implementação do PSF, relatam que no início foi um profissional da engenharia contratado que prestava serviços a prefeitura quem elaborou os primeiros mapas das áreas e microáreas , percorreram junto com o médico todo o município para estabelecer os limites das ruas e das comunidades. Como os ACS residem nas comunidades onde atuam, faziam o trajeto com estes dois profissionais para que pudessem se localizar dentro das comunidades e delimitar as micro áreas. Depois desse processo, as ACS se reuniram com as enfermeiras responsáveis e pintaram suas respectivas micro áreas colocando no mapa a localização das residências de cada família.

Nada, além disso, foi levado em conta, condições de vida, saneamento, só depois quando fizeram o cadastro das famílias utilizando as fichas do SIAB, que tem para cada coisa uma ficha, das gestantes, diabéticos, hipertensos, como são as casas, se tem água encanada, isso só foi feito depois. (ACS)

Assim foi sendo processada a territorialização do serviço de saúde no município, entendida por Unglert, como,

[...] processo de criação de territórios de atuação de unidades de atenção primária à saúde, justificando, assim, o uso do termo territorialização, ou seja, processo de criação de territórios. Esse foi o modo encontrado para se resolver a questão da definição das áreas de atuação dos serviços de atenção primária, ou seja, territorializando os serviços e cadastrando (adscrição de clientela, como é chamada) a população no seu interior. (UNGLERT, 1993,1995, apud, FARIA, 2013, p. 134).

Uma das críticas está relacionada com a terminologia, ou seja, com a expressão “territorialização”. A terminologia em si não é problema, mas sim sua aplicação na área da

saúde. A territorialização neste sentido adquire a função de justificar uma prática de planejamento das ações das ESF, no entanto, os gestores locais de saúde na sua maioria não estão familiarizados com o território enquanto categoria de análise a partir dos seus usos, assim como proposto pela Geografia, então na prática, o território acaba ganhando contornos geométricos como apresentado pelas políticas de saúde, limitando-se a uma linha traçada no mapa, torna-se artificial, e a territorialização ganha significados de senso comum, ou seja, definir/criar limites para a atuação dos serviços.

Nesta perspectiva, e levando em consideração que os gestores, enfermeiros e demais profissionais da saúde não incorporam a categoria território nas suas ações vem ao encontro do desconhecimento e da visão do território pelas políticas públicas como algo aconflitual, um território normado que serve de operacionalização das políticas. Não há uma discussão que corrobore com outra perspectiva de entender o território pela saúde, o que há é aquela visão jurídico política necessária para alocação de recursos financeiros para a saúde. Neste sentido a fala da entrevistada para fins deste estudo deixa claro que há um desconhecimento de outra perspectiva de se pensar o território no município e que a implantação da ESF decorreu devido a verbas repassadas pelo governo federal aos municípios que na época era vantajosa. A enfermeira entrevistada informa que no início da implantação da segunda equipe, não havia um conhecimento das políticas de saúde, as ações eram feitas seguindo orientações da 11ª Coordenadoria de Saúde de Erechim,

[...] Na verdade qual foi o critério pra se implantar a segunda equipe, financeiro, para receber mais recursos por que o PSF repassa uma verba boa, então a partir daí a gente tinha o pessoal, não precisava contratar mais pessoal, a coordenadoria liberou essa segunda equipe, então por isso foi implantada a equipe 02. Não foi só pra atender, já tinha uma cobertura, não tinha 100% por que na época faltava um agente, mesmo assim a cobertura era boa. Áurea suportaria uma equipe só, não precisaria na verdade de duas, tanto que agora eles não tão liberando onde tem três mil habitantes e duas equipes. (Entrevistada 01)

De acordo com os documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde do município, o projeto de implantação da segunda equipe saúde da família tinha como objetivo elaborar estratégias para servir de referência para o trabalho de saúde preventiva junto à população. Ressalta-se no documento que os profissionais deverão estar em permanente contato com a comunidade para orientar as famílias quanto à prevenção de doenças e colaborando para construção de ambientes saudáveis com a finalidade de melhorar a qualidade de vida. (SMS, 2005, s/p.) Além disso, a humanização do atendimento e a criação de vínculo e estreitamento das relações de confiança entre equipe de saúde e comunidade

também aparece como objetivo a ser seguido. Desta maneira, o objetivo maior da implantação da nova equipe é “[...] melhorar o estado de saúde através de um modelo de assistência voltada à comunidade que inclua, desde a proteção e a promoção da saúde até a identificação precoce e tratamento das doenças”. (SMS, 2005, sp.)

Dentre outros temas que deem conta de melhorar as condições de saúde e de vida da população as metas elencadas são prestar atendimento a saúde identificando condições de risco para saúde do indivíduo, ter a família como núcleo base das ações em saúde; prestar atendimento humanizado e estabelecer bom relacionamento com a comunidade; esclarecer causas que provocam doenças e formas de preveni-las; manter ações voltadas a programas específicos, como de vacinação, câncer do colo uterino, grupo de gestantes, hipertensos e diabéticos; identificar e tratar no domicílio portadores de doenças crônicas ou degenerativas; trabalhar a intersetorialidade entre secretaria de saúde, educação e agricultura visando à integralidade em saúde; e talvez o mais importante tema seja “[...] divulgar o conceito de saúde como sendo resultante das condições sociais, econômicas e culturais de uma sociedade, mas acima de tudo como direito do cidadão”. (SMS, 2005. sp.).

Para a implantação da equipe foi elaborado um programa de ações com atividades e ações de saúde propostas na comunidade como, por exemplo:

- atualização de cadastros das famílias residentes no município;
- levantamento das condições das condições de saúde da população;
- organização e planejamento das ações de assistência à saúde;
- visitas periódicas agendadas ou solicitadas, priorizando aquelas pessoas com dificuldades de locomoção, em estado mórbido agudo e/ou crônico;
- internação domiciliar, quando verificada a necessidade;

Entre outras ações trabalhar em parceria com outras secretarias, como a da agricultura para controle do uso de agrotóxicos e saneamento ambiental, buscar a participação e fiscalização do Conselho Municipal de saúde em todas as metas e propostas e no nível de satisfação da comunidade, e conscientizar a população para os cuidados de proteção, manutenção e recuperação da saúde.

Em relação às ações de saúde ambulatoriais, que atendem a demanda espontânea as ações priorizadas eram de atender urgências e emergências, consultas médicas e manter programas específicos como saúde da mulher, do idoso, hipertensão diabéticos, distribuição de medicamentos da farmácia básica, manter convênio com hospital Santa Terezinha,

estabelecer referência e contra referência a todos os pacientes atendidos nos programas. (SMS, 2005, sp.)

Em relação ao diagnóstico da situação de saúde e de condições de vida da população a ser atendida, não há no referido documento elementos que apontem que esta etapa foi cumprida, deixando assim uma lacuna no processo de reconhecimento do território e da territorialização, bem como no conhecimento da população e de suas principais características. Também, na análise realizada e a partir das entrevistas, percebe-se não há menção ao componente territorial e nem do processo de territorialização que contemplem as reais necessidades das pessoas que utilizam o serviço de saúde municipal. Nota-se que desde o início da implantação da AB a prioridade é alcançar metas e trabalhar com objetivos que estão muitas vezes fora dos contextos da realidade municipal, e o critério principal é o número da população, deixando assim uma lacuna na perspectiva de reconhecimento do território enquanto processo no qual participam também a população.

Neste sentido, concordamos com Faria (2013), que afirma:

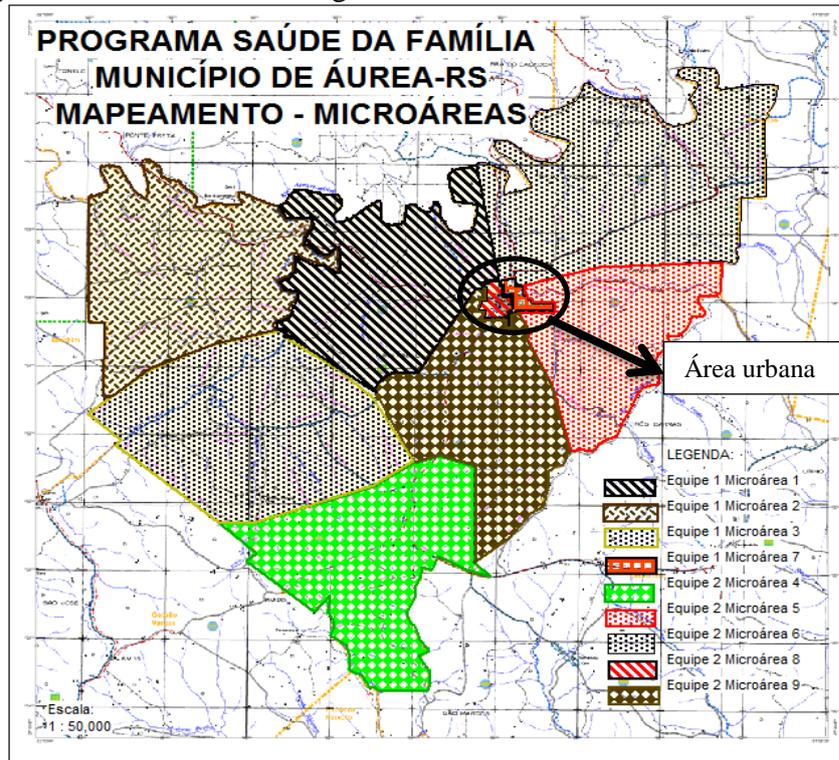
[...] em geral, as Equipes Saúde da Família ainda estão condicionadas numericamente a uma oferta e a um teto financeiro expresso na fórmula “população/2400” (BRASIL, 2012, p. 79). Por isso, a equipe precisa definir uma população a priori, de modo que o que determina os limites do território criado no processo de territorialização da saúde é a oferta. (FARIA, 2013).

Pereira e Barcellos (2006, p. 54) afirmam que “[...] a exclusiva alusão à quantidade de população para a definição de recortes territoriais, sem nenhuma proposta de tipificação destes territórios, limita a eficácia das ações”. Isso significa que é necessária outra concepção da qual se parte do território e do seu reconhecimento já que o território criado pela saúde não pode ser o mesmo território das pessoas, múltiplo, variado e com diferentes necessidades.

Os mapas produzidos pela SMS de Áurea, representam claramente a cobertura pontual da ESF no município. Estes mapas apresentam a delimitação das micro áreas dos ACS considerando-se somente os limites entre as comunidades o que não condiz com a proposta metodológica de territorialização proposta por geógrafos como Monken (2007) e Gondim (2008).

A área de abrangência da UBS compreende todo o território municipal, o qual foi recortado em duas áreas e nove micro áreas onde atuam as ESF e os agentes comunitários de saúde, tendo assim uma cobertura de 100% tanto do ponto de vista territorial quanto populacional conforme demonstra o mapa abaixo.

Mapa 03: Mapa da configuração atual da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde com delimitação das Micro áreas dos Agentes Comunitários de Saúde-Áurea/RS



Fonte: Elaborado pelo departamento de Vigilância Ambiental da SMS de Áurea-RS

Não existem, portanto problemas em relação a usuários não cadastrados ou descobertos pela ESF, o que diferencia o município de outros estudos realizados sobre a problemática da territorialização é justamente essa questão. Em grandes centros urbanos, geralmente o que ocorre é que não existem UBS de abrangência a todo território fazendo assim com que parte da população não possa acessar o serviço por não estarem adscritas, gerando assim dificuldades de acesso, pois mesmo morando mais próximo de uma determinada UBS que não aquela a qual está vinculada, as pessoas não podem usar o serviço e precisam se deslocar até a unidade a qual pertence. No município isso não se aplica como já mencionado. A temática principal não é, portanto o acesso a UBS, pois todos tem acesso irrestrito, mas sim o acesso dificultado aos outros níveis de atenção que estão fora do território municipal, como os serviços de média e alta complexidade.

O município de Áurea, não conta com equipamentos de alta tecnologia para atendimento da população. Procedimentos mais complexos, ou mesmo exames considerados mais simples como uma radiografia são realizados no município de Erechim/RS.

O serviço de saúde municipal está organizado principalmente pela oferta de serviços de atenção básica no seu primeiro nível através da ESF. No que tange a atenção secundária e terciária são prestados em outros municípios da região. Os exames de tomografia

computadorizada, Ressonância Magnética, Densitometria Óssea, Cintilografia e Litotripsia, os mesmos são gerenciados através da 11ª CRS com limite mensal, sendo que exames de Tomografia e Ressonância possuem demanda reprimida, ou seja, há um número limitado destes procedimentos para o município, o que gera longo período de espera para marcar e realizar o procedimento.

A CRS regula alguns serviços de média e alta complexidade, tais como Cardiologia, Neurologia e Cirurgia Vascular, os pacientes que necessitam destes serviços são encaminhados para o Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo-RS. Na área de Saúde Mental, bem como o tratamento de dependência alcoólica, existem vagas disponíveis para internação e também são gerenciadas pela 11ª CRS, geralmente os pacientes são encaminhados para o Hospital de Marcelino Ramos/RS e Clínica Paulo Guedes de Caxias do Sul/RS.

O município também possui convênio com o Hospital Santa Terezinha, através da Central de Especialidades, são encaminhados para consultas cerca de 25 pacientes por mês, os quais caso precisarem de cirurgias também serão atendidos através deste convênio.

Tratando-se das consultas com médicos especialistas, as mesmas demoram em média 02 meses para serem marcadas, sendo que na área Otorrinolaringologia e Urologia, podem se estender até 08 meses. Outro problema refere-se às especialidades como Dermatologia, Endocrinologia, Nefrologia, Cirurgia Plástica Reparadora e Cirurgia Torácica, nesses casos ou o paciente consulta com médico particular, ou pode ser encaminhado através da central de marcação de consultas de Porto Alegre-RS, porém existe grande dificuldade para efetuar o agendamento.

A UBS do município apresenta boa infraestrutura para funcionamento, com quadro de pessoal completo e com duas ESF atuando. No entanto, uma micro área 05 da equipe 02 está a mais de um ano sem ACS o que dificulta o acompanhamento da população sobrecarregando os outros profissionais. Já na micro área 02, da mesma equipe a ACS encontra-se em licença maternidade, deixando também as pessoas desassistidas por um período de seis meses.

Também constatamos que as enfermeiras responsáveis pelas equipes não utilizam mapas no processo de trabalho e dividem-se entre atender a demanda espontânea e programada na UBS, ou seja, atendem aquelas pessoas que procuram livremente o serviço a qualquer momento, e as programadas como grupos de hipertensos e diabéticos, grupos de gestantes, coleta de material para realização de exames preventivos do câncer do colo uterino, ou seja, realizando tarefas burocráticas e programáticas que incluem ainda a formalização da produção mensal das ESF que devem ser somadas e repassadas ao SIAB, visto que se isso não

for feito por mais de dois meses consecutivos, o município deixa de receber o recurso financeiro (PAB). Além disso, realizam juntamente com outros membros da ESF as visitas domiciliares que se dão durante um turno manhã ou tarde de acordo com a programação da equipe.

Segundo as entrevistadas, o início foi difícil primeiro por que não se tinha um entendimento de como tinha que ser feito à implantação. Foram seguidas as recomendações da 11ª Coordenadoria de Saúde de Erechim, que liberava ou não a implantação de novas equipes de acordo com o número de pessoas do município. No período o município comportava a implantação de mais uma ESF o que garantiu a cobertura de 100% da população que até hoje é assistida.

É nos territórios dos ACS e no território moradia que se estabelecem o vínculo com a população através do contato cotidiano dos ACS com as famílias e com a comunidade. São nestes territórios que se realizam através do trabalho do ACS as visitas domiciliares, na qual são levantadas as principais informações sobre a situação de saúde da população de acordo com as normatizações do SIAB.

O SIAB é um sistema idealizado para agregar e para processar as informações sobre a população visitada. Estas informações são recolhidas em fichas de cadastramento e de acompanhamento (anexo 02) e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados. A primeira ação demandada pelo SIAB é a adscrição da clientela. Nas visitas domiciliares os ACS a primeira ficha ser preenchida é a Ficha A, onde cada família recebe um número e depois são identificados os integrantes da família, com nome, idade, data de nascimento, sexo, alfabetização e ocupação. No verso desta ficha são preenchidas a situação da moradia, tipo de casa, destino do lixo, tratamento de água no domicílio, abastecimento de água, destino de fezes e urina. Estes dados devem ser permanentemente atualizados pela equipe quando a entrada ou saúde de alguma família no sistema.

Fazendo uma breve análise do manual do SIAB onde constam todas as informações que devem ser produzidas pelo ACS e a grande quantidade de fichas a serem preenchidas, percebe-se que não há como este profissional não fazer um trabalho automático, como referem às enfermeiras. Altamente burocratizado e de pouca serventia segundo os profissionais já que as informações contidas no SIAB não retornam as equipes, não há uma análise dos relatórios nem dos dados produzidos mensalmente durante as visitas. Este é outro problema na identificação dos territórios e das pessoas que dele fazem uso. A maioria das informações que são dadas as famílias, ou as queixas recebidas destas pelo agente de saúde acaba sendo perdida nestas fichas. Não há uma discussão sobre o que foi visto ou realizado

em campo, somente quando há casos mais graves é que a equipe se reúne para discutir e pensar o que fazer para resolver. Geralmente é o ACS que procura a enfermeira para relatar os problemas que ocorrem com as famílias. Nas entrevistas realizadas com os agentes isso fica bem visível, como pode-se perceber nas falas destes agentes.

[...] Eu utilizo o SIAB, todo mês temos que repassar a produção preencho e entrego, se tem alguma situação critica comento com a enfermeira. (ACS 01)

[...] Nos preenchemos as fichas entregamos e acabou. Não há discussão sobre os problemas, além disso, aonde vai à informação a gente não sabe. Eu pelo menos não sei. O SIAB, nós usamos o cadastro das famílias, não o que a gente orienta nas famílias, ou outros problemas de saúde, por exemplo, é só o que tem na ficha do SIAB mesmo. (ACS 01)

[...] Informação só da reunião dos hipertensos e do grupo mental serve para pegar informação por que senão não tem remédios para os grupos, vacinação, problemas graves são sigilosos. (ACS 02)

[...] Você vem abre o programa e digita tudo que tem na família, nas fichas os casos mais urgentes, mais sérios a gente discute com a equipe, tenta resolver. (ACS 02)

[...] O que a gente vê no dia a dia fica na FA que entregamos para as enfermeiras, preenche a FA entrega. Agora, vai ter o programa novo, o E-sus acho que é aí as fichas vão ser individuais talvez melhore as informações. Não há uma avaliação dos dados. O que você produz, vê no dia a dia não passa para o SIAB, alguns casos são discutidos com a equipe. (ACS 01)

Percebe-se pela fala dos ACS que há um descompasso entre o que é preconizado pelo SIAB e o que é realmente observado e vivenciado dentro dos territórios bem como essa informação é percebida pelo trabalhador. Neste sentido, a grande parte do que é vivenciado pelas pessoas em seus territórios passa despercebido pelos outros integrantes da equipe o que demonstra a fragilidade de se tomar simplesmente limites como forma de conceber um território para a saúde. No entanto, o conhecimento do ACS pode ser revelador de outras práticas e de outras perspectivas que se aproximam do conhecimento geográfico produzido por este trabalhador que tem como área de trabalho seja a rua, o bairro, a comunidade ou a família. É nestes territórios do cotidiano, como quer Monken (2007) que ocorre a produção de conhecimento sobre a realidade da população. Nos encontros cotidianos do ACS dentro de seu ambiente de trabalho que são realmente produzidos os conhecimentos sobre o território e as condições de vida da população, tanto objetiva, quanto subjetivamente pelo olhar atento do ACS.

Ressalta-se que para um melhor entendimento do processo de territorialização da atenção básica no seu primeiro nível de atenção que se dá pelo trabalho das equipes de saúde da família dentro do município a análise de documentos importantes não foi possível de ser

realizada devido à impossibilidade de ter acesso a tal documentação. As atas do Conselho Municipal de Saúde, importante referencial que nos permitiria produzir uma periodização da implantação da AB não nos foi disponibilizado durante a realização da pesquisa. No entanto, a perspectiva apresentada pelos profissionais entrevistados nos permite inferir que não há incorporação do território nas ações e planejamento das equipes de saúde no município, bem como para realizar a territorialização da AB foi considerado somente a delimitação das áreas e micro áreas de atuação destas equipes. Esse fato vai ao encontro das concepções contidas na análise da bibliografia na qual se percebe uma variada gama de perspectivas e conceitos utilizados para tentar definir qual seria o conceito apropriado de território e de territorialização que realmente dessem conta de trazer uma perspectiva territorial para a saúde que não aquela jurídico-política preconizada pelos documentos oficiais do Ministério da Saúde que estabelece uma base territorial e diz que a territorialização se dá pela adscrição e mapeamento sem nenhuma consideração conceitual que justifique uma abordagem territorial.

Ao mesmo tempo, percebe-se que os profissionais da saúde realizam suas ações mecanicamente, sem reflexão ou análise crítica, mas isso não se torna de fato um objeto de crítica já que percebemos que estes profissionais não tem formação adequada para inserir no seu cotidiano a análise territorial e seguem a risca o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, com a penalidade de deixar de receber recursos se as metas não forem cumpridas. Assim, verificamos que para que haja realmente a inserção do território no campo de trabalho e nas ações pertinentes a um bom planejamento de saúde, que considere as necessidades da população há um longo caminho a ser percorrido. No que tange às políticas de saúde, não vislumbramos perspectivas de mudanças pelo menos a médio prazo já que desde a constituição do SUS várias tentativas de adequação foram realizadas numa tentativa de operacionalizar a política de saúde no âmbito municipal.

No entanto, a partir deste estudo, vislumbramos uma possibilidade de intervenção nas práticas voltadas a saúde que devem ser pensadas com o mínimo de entendimento e de mudanças no que tange a gestão da AB no âmbito municipal. Isso por que pode-se sensibilizar os profissionais para outras práticas e outras perspectivas de olhar para os territórios de atuação, mas isso só se consegue a longo do tempo e realizando um trabalho interdisciplinar entre os conhecimentos dos profissionais da saúde integrado ao conhecimento geográfico, este sim, possibilitará realizar a territorialização da saúde em todos os seus sentidos.

Ressaltamos também que a ideia de realizar um mapeamento era prioridade no início desta pesquisa, visto que não há uma preocupação nem entendimento da importância desta ferramenta para territorialização das ações em saúde. No entanto, percebemos durante nossa

trajetória neste estudo que ter realizado essa tarefa neste momento estaria apenas colaborando para construção do mapa pelo mapa, visto a restrição que os profissionais, principalmente os ACS tem em relação ao uso de mapas. A não construção de um projeto cartográfico par a ESF neste momento não é considerada por nós como um elemento limitador nesta pesquisa, e sim como uma possibilidade futura, trazendo para este processo os profissionais de saúde e a população usuária dos serviços de saúde. Este processo pode envolver todos os cidadãos através da realização de oficinas de territorialização, nas quais se busca a visão dos usuários sobre seu local de moradia, suas principais necessidade em saúde, e os principais problemas que envolvem o território de moradia de cada cidadão.

Em relação aos profissionais, cabe ressaltar que os mesmos deveriam incluir em seu planejamento o território, incluindo também as oficinas e a compreensão de que é necessário reconhecer e incorporar o território no seu trabalho cotidiano, não como tarefa burocrática, mas como locus onde se pode desenvolver ações voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos melhorando a qualidade de vida da população.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, procuramos entender como ocorreu o processo de territorialização do PSF no município de Áurea, e como o território é incorporado nas ações e no planejamento do serviço de saúde.

Com a implantação do SUS, como descrito no capítulo primeiro, sendo este fruto de uma conquista do movimento da reforma sanitária brasileira buscou-se transformar o modelo da atenção antes baseado numa lógica hospitalocêntrica onde o acesso à saúde não era possibilitado a todos os cidadãos, para dar vistas a um modelo integral passando a saúde ser entendida como direito e o modelo de atenção passa a ser voltadas para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e recuperação da saúde.

Neste contexto, o Programa Saúde da Família surge como estratégia para reorganizar o modelo assistencial e fortalecer a Atenção Básica, e assim o território vai adquirindo diferentes nomenclaturas quer seja o território municipal, o distrito sanitário, a micro área, a área de abrangência de unidades de saúde, dentre outros, que se transformam em territórios de poder tanto de atuação de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político, que se estruturam no espaço e criam territórios para a saúde.

A territorialização foi preconizada como o caminho para fazer o reconhecimento do território com vistas à organização do processo de trabalho. No entanto, o que se tem observado a partir das leituras realizadas e dos autores estudados confirma que as práticas de territorialização tem se limitado à adscrição de clientela e ao mapeamento das áreas e micro áreas da área de responsabilidade sanitária das equipes de saúde da família.

Na breve alusão das discussões elaboradas por geógrafos sobre o território e a territorialização e que estão presentes no processo de implantação das políticas de saúde, podemos notar o que fica implícito aos olhares desatentos aos significados de tais conceitos e sua complexidade tais como discutidos pela Geografia. A proximidade que nos é apresentada pela territorialização como metodologia com a adscrição da clientela e o vínculo estabelecido entre população e o serviço de saúde, e ao mesmo tempo como política, conota a separação, a dominação, o território visto pela política como apenas um forma de implantar uma ação setorial e seletiva nos territórios, isto significa que o território tem profunda relação com o poder, seja pela dominação como pela apropriação, tanto do Estado, quanto das pessoas que utilizam seus recursos.

No entanto a visão que permanece nas práticas de saúde no município de Áurea, ainda é aquela de um território amorfo, indistinguível do qual a população faz parte somente como

um número, não permitindo assim um reconhecimento do território. Neste sentido, entendemos a partir deste estudo, que são múltiplas as abordagens territoriais que envolvem os estudos referentes às políticas de saúde e sugerimos maiores estudos sobre o assunto incluindo a participação dos geógrafos na formulação e participação ativa nos territórios onde a política de saúde se territorializa.

Santos (2012, p.13) nos alerta que “[...] quanto mais pequeno o lugar examinado, tanto maior o número de níveis de determinações externas que incidem sobre ele. Daí a complexidade do estudo do mais pequeno”. Desta maneira, o estudo do lugar não é o mais fácil, e sim o mais difícil, dada as mais variadas gamas de relações internas e externas que se materializam nos lugares. Podemos definir desta forma a realização deste trabalho visto às dificuldades e percalços encontrados durante a trajetória, mas também foram muitas as aprendizagens.

Durante o percurso, vários outros caminhos poderiam ter sido seguidos que nos permitissem alcançar os objetivos propostos, que consideramos parcialmente alcançados. No entanto, diante da complexidade que é tratar da questão do território e da territorialização no âmbito da saúde e da pouca participação de geógrafos nestes estudos, e sem ter um embasamento teórico anterior sobre o assunto foi o que mais dificultou a construção e elaboração de uma reflexão mais profunda sobre o tema, bem como dificultou na elaboração uma metodologia que desse conta de atender plenamente aos objetivos propostos.

Porém, fazendo uma leitura sobre a territorialização do PSF no município de Áurea, pode-se concluir que há territorialização da política de saúde, pois há relações de poder, hierarquia nas ações e delimitação de áreas. Mesmo assim, consideramos esta trajetória como importante a partir do momento que com as diferentes leituras realizadas conseguimos perceber uma nova possibilidade de estudos sobre a saúde além de adquirir novos conhecimentos que certamente contribuirão para melhorar o serviço de saúde no município que decidimos estudar.

Muitas foram às dificuldades encontradas neste caminhar, mas o importante de se realizar uma pesquisa é justamente o movimento de buscar novos conhecimentos e outras perspectivas de estudar a saúde das populações partindo de um olhar da Geografia.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, L. M. de C.; MARTINS, C. L. De que territórios os médicos do Programa Saúde da Família estão falando? Florianópolis, **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 5, n. 17, p. 16-23, 2010.
- ARANHA, P. R. M. **Do mundo como norma ao lugar como forma: o uso do território pela estratégia saúde da família**. UFRN, 2010. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências Humanas, letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN.
- BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos / [Ana Lucia Pereira et al.]. – Brasília, 2004. 40 p.: il. color. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. **Atenção Básica**. Saúde da Família. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencobasica.php>> acesso em: 19 de janeiro de 2014.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003. 604 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa agentes comunitários de saúde (PACS), Ministério da saúde, Secretaria Executiva. -Brasília, 2001. 40p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 4.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 96 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- 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. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm> Acesso em janeiro de 2014.
- BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Relatórios de Informações Sociais. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/RIV3/geral/index.php?kseg=1>. Acesso em outubro de 2014.
- DUTRA, D. de A. **Geografia da Saúde no Brasil: arcabouço teórico-epistemológicos, temáticas e desafios**. 2011. 177 p. Tese (Doutorado em Geografia)-Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, 2011.
- DOMINGOS, A. PITTON, S.E.C. **O uso do espaço geográfico no Programa Saúde da Família**. s/d.
- FARIA, R. M. 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. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, 9 (16): 131 - 147, Jun/2013.
- FARIA, R. M. de. **A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde: perspectivas de adequação aos perfis do território urbano de Pouso Alegre-MG**. 2012. 315f. Tese (Doutorado em Geografia). Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, Campinas, 2012.

FARIA, R.M. de. BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Raega**, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. Editora UFPR

GUIMARÃES, R. B. Produção da escala geográfica e a política de saúde. IN: SPOSITO, Eliseu S. NETO, João L. S.(orgs). **Uma geografia em Movimento** / 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010. P.251-261

GONDIM, M.M.G. et al. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda, Ary Carvalho de; Barcellos, Christovam; Moreira, Josino Costa; Monken, Mauricio. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p.237-255. Disponível em:
<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf
> Acesso em 20 de novembro de 2013

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização**: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. Disponível em:<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=430155&idtema=67&search=rio-grande-do-sul%C3%81urea|censo-demografico-2010:-resultados-do-universo-caracteristicas-da-populacao-e-dos-domicilios->>
> Acesso em 22 de janeiro de 2014

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. CORBO, A. M. D’Andrea; FONSECA, A. F. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 177-224.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. (org.). **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993, p. 455-466.

PAPINUTTO, Adriana de S. Thiago. **O território na construção do conhecimento local na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Petrópolis /RJ**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

PEREIRA, M. P. B. **Conhecimento geográfico do agente de saúde: competências e práticas sociais de promoção e vigilância à saúde na cidade do Recife-PE**. 2008, Tese (Doutorado)-Universidade Estadual Paulista, FCT, Presidente Prudente/SP

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. Disponível em:< www.hygeia.ig.ufu.br/> Acesso em 19 de novembro de 2013.

PEREHOUSKEI, N. A.; BENADUCE, G. M. C. Geografia da saúde e as concepções sobre o território. **Revista Gestão & Regionalidade**, vol. 23, núm. 68, septiembre-diciembre, 2007, p. 34-44.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE. Secretaria Municipal de Saúde , Áurea-RS, 2011

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

SIAB. Sistema de Informações Geográficas. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFRS.def>> Acesso em 06 de janeiro de 2014.

SILVEIRA, D. T.CÓRDOVA, F.P. A pesquisa científica.In.: Tatiana Engel Gerhardt e Denise Tolfo Silveira(orgs).**Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009, p.31-42

SOUZA, R. O. de A. **A atenção básica em saúde no município de Três Rios: uma análise da gestão e organização do sistema de saúde**. Dissertação (Mestrado)- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

ANEXO 01 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Educação
Universidade Federal
da Fronteira Sul

CNPJ: 11.234.790/0001-50
Av. Dom João Hoffmann, 313
Bairro Fátima
Fone: (54) 3321-7050
99700-000 Erechim
Rio Grande do Sul – Brasil

www.uffs.edu.br
sgc.erechim@uffs.edu.br



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UFFS - CAMPUS ERECHIM
CURSO DE GEOGRAFIA – LICENCIATURA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e outra é do pesquisador.

Título do Projeto: **Territórios da saúde**: o processo da territorialização da Atenção Básica no município de Áurea-RS

Pesquisador(a) responsável: Lucí Carla Modtkowski

Telefone: (54) 9186-0202

Orientador: Pedro Germano Murara

Telefone: (54) 8166-4202

O objetivo desta pesquisa é compreender como ocorreu o processo de territorialização da atenção básica no município de Áurea-RS. Esta pesquisa justifica-se pelo fato de o componente territorial e o processo de territorialização constarem nas diretrizes constituintes das principais políticas de saúde, e pela necessidade de se realizar uma discussão acerca destes conceitos no âmbito da Geografia.

A sua participação na pesquisa consiste em responder a entrevista semiestruturada que será aplicada pela pesquisadora, sem qualquer prejuízo ou constrangimento para o pesquisado.

As informações obtidas através da coleta de dados serão utilizadas para alcançar os objetivos da pesquisa acima propostos, e para composição do relatório de pesquisa, resguardando sempre sua identidade. Você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa do estudo, da mesma maneira, caso não queira mais fazer parte da pesquisa, favor entrar em contato pelos telefones acima citados.





Ministério da Educação
Universidade Federal
da Fronteira Sul

CNPJ: 11 234 780/0001-90
Av. Dom João Hoffmann, 313
Bairro Fátima
Fone: (54) 3221-7050
98700-000 Erechim
Rio Grande do Sul - Brasil

www.uffs.edu.br
sgc.erechim@uffs.edu.br



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UFFS - CAMPUS ERECHIM
CURSO DE GEOGRAFIA – LICENCIATURA

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa. Você poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento.





Ministério da Educação
Universidade Federal
da Fronteira Sul

CNPJ: 11.234.780/0001-90
Av. Dom João Hoffmann, 313
Bairro Fátima
Fone: (54) 3321-7050
98700-000 Erechim
Rio Grande do Sul - Brasil

www.uffs.edu.br
sgc.erechim@uffs.edu.br



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UFFS - CAMPUS ERECHIM
CURSO DE GEOGRAFIA – LICENCIATURA

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____

RG _____ CPF _____, abaixo

assinado, concordo em participar do estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora sobre os objetivos da pesquisa e, os procedimentos nela envolvidos, bem como os benefícios e riscos decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento.

Local: _____

Data: ____/____/____

Nome e Assinatura: _____

Luci Carla Modtkowski

Pesquisadora



