

A organização dos serviços de saúde na práxis territorial

Nestor Alexandre Pehouskei¹

Bruno Luiz Domingos de Angelis²

Udelysses Janete Veltrini Fonzar³

Resumo

A territorialização é um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de Vigilância em Saúde, por meio da delimitação de áreas e microáreas do Programa Saúde da Família (PSF), e vem sendo preconizada por diversas iniciativas no Sistema Único de Saúde (SUS), como o próprio PSF, a Vigilância Ambiental em Saúde, Cidades Saudáveis e os processos de descentralização das atividades de assistência e vigilância. No entanto, na maioria das vezes, reduz-se o conceito de território, sendo utilizado de forma meramente administrativa, para a gestão dos serviços de saúde, negando-se as potencialidades deste conceito para a identificação dos problemas de saúde e possíveis intervenções.

Palavras-chave: Saúde; Programa Saúde da Família; Ordenamento Territorial; Território.

Abstract

The territorialization is one of the assumptions of the organization of work processes and practices of Health Surveillance, by delimiting areas and micro areas of the Family Health Program, and it has been recommended by several initiatives in NHS (National Health System), as the FHP itself, the Environmental Health Surveillance, the Healthy Cities and the decentralization processes of the activities in monitoring and assistance. However, in most cases, the concept of territory is reduced, which turns it to be used in a purely administrative

¹Professor associado e pós-doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Geografia da UFMT, Campus de Rondonópolis. E-mail: nestorap@pop.com.br

²Docente do Departamento de Agronomia e dos Programas de Mestrado em Engenharia Urbana e Mestrado e Doutorado em Geografia da Universidade Estadual de Maringá (UEM). E-mail: brucagen@uol.com.br

³ Docente do Departamento de Medicina da Faculdade Ingá, Maringá, Paraná. E-mail: janetefonzar@hotmail.com

way, for the management of health services, which denies the potential of this concept for the identification of health problems as well as possible interventions.

Keywords: Health; Family of Health Planning; Territorial Planning; Territory.

Introdução

O presente artigo relata a importância dos territórios abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS) na cidade de Mandaguari, desenvolvido na tese de Doutorado em Geografia da Universidade Estadual de Maringá (UEM), intitulada "*Áreas verdes e serviços públicos de saúde na cidade de Mandaguari-PR. 2000 a 2010*". O objetivo é discutir a importância dos territórios abrangência das UBS da referida cidade.

Atualmente a dinâmica da Atenção Primária em Saúde (APS) com a Estratégia da Saúde da Família (ESF), exige a delimitação dos territórios de abrangência, buscando facilitar a acessibilidade das comunidades aos serviços de saúde.

As diretrizes para estabelecer parâmetros e critérios na definição de recortes territoriais de áreas de abrangência, como áreas de atuação da APS, têm embasamento teórico-metodológico nas concepções sobre o pensar e o fazer cotidiano da população.

Koga (2003) considera que a implantação de políticas públicas a partir do território deve ter como pressupostos a retomada da história, cotidiano e cultura da comunidade que está inserida nesse território. Dessa forma, foram desenvolvidas políticas baseadas em princípios de totalidade (integralidade), valorizando as especificidades referentes aos aspectos de diversidade da população e relações entre as políticas locais.

Um dos objetivos da pesquisa foi visualizar o olhar sobre o usuário dos serviços de saúde pública, como agente modificador, quando ele se expressa, quando se movimenta no seu território e lugares de acesso a estes serviços.

Quando se visualiza o território adscrito como área de abrangência da UBS, segundo Unglert (1993, p. 221) "deve-se considerar os critérios de acessibilidade e fluxos de população que estão diretamente ligados às suas condições de vida". É

preciso visualizá-lo nas perspectivas: geográficas, funcionais, culturais e econômicas.

Sob a perspectiva geográfica avaliam-se distâncias a serem percorridas, considerando meios de transporte disponíveis e barreiras geográficas, como avenidas, ruas sem pavimentação, aclives, declives, presença de matagais, terrenos abandonados com acúmulo de lixo, áreas verdes abandonadas e outras.

Em se tratando de perspectiva funcional investiga-se a qualidade dos serviços de saúde ofertados pela gestão pública de saúde.

Na perspectiva cultural analisa-se a relação dos serviços de saúde com os hábitos e costumes da população usuária.

Sob a ótica da perspectiva econômica considera-se os aspectos de exclusão de diversos grupos sociais, as inequidades existentes quanto ao acesso, para tanto, é fundamental a participação coletiva e o empoderamento desses atores sociais, na tomada de decisões em relação a projetos afins que objetivem beneficiar as comunidades locais, não favorecendo apenas grupos seletos ou politicamente articulados.

Em muitos casos, projetos de planejamento direcionados aos serviços de saúde não estabelecem critérios baseados na experiência das comunidades usuárias dos serviços. Esse fato vem contribuindo para a exclusão social, ou seja, nem todas as populações cadastradas no PSF, recebem o atendimento domiciliar.

Maricato (1996, p. 48) afirma que o “avanço das relações formais capitalistas traz no seu bojo, no processo de acumulação brasileira, a exclusão.” A autora caracteriza a exclusão social, considerando os aspectos sociais (discriminação em relação à raça, cor, origem, gênero, idade), culturais, econômicos (menores oportunidades de emprego, salários mais baixos, dificuldades de acesso à previdência), políticos (ausência de cidadania) e ambientais (dificuldades de acesso aos serviços e infra-estrutura urbanos).

Bordin (2001, p. 34) contribui para o reconhecimento do território, através do sentimento de pertença: (...) “o entorno imediato é ao mesmo tempo material e social (...). O conhecimento que dele temos se exprime e se organiza na representação do território. Mas este só pode ser o território próximo, aquele sobre o qual atuamos (...) e com o qual nos identificamos”. Neste sentido o território tem de ser partilhado como

espaço de inclusão, de encontro ao acolhimento entre os usuários e serviços de saúde.

Dentro dessas perspectivas, desenvolver estudo de áreas de abrangência a partir da vivência de seus próprios atores sociais direciona futuras ações de planejamento que, se adotadas, minimizam consideravelmente aspectos de exclusão social verificados nos serviços públicos de saúde, que não vem atendendo de forma eficaz às necessidades das comunidades locais.

Monken e Barcellos (2007, p. 177) relatam que “a promoção de espaços saudáveis faz com que, principalmente em lugares onde os problemas de saúde das populações atingem grande visibilidade, seja desenvolvido um olhar que permita instrumentalizar o entendimento dos problemas de saúde e promover as soluções possíveis”.

Nesta ótica destacam-se os novos conceitos das Ciências Humanas e métodos que articulam as Ciências da Saúde e a Geografia, que possibilitam avanços na descrição, sistematização e reflexão dos fatores determinantes e condicionantes na área de saúde, os quais devem sinalizar ao planejamento, ações de promoção e prevenção junto ao território vivido.

O objetivo deste trabalho é discutir a importância do território no âmbito dos serviços de saúde, mais especificamente, dos recortes territoriais de abrangência na dinâmica dos serviços das UBS.

Foram realizadas pesquisas bibliográficas em artigos, textos e livros que apresentaram elementos pertinentes às discussões desta temática.

Posteriormente organizou-se alguns resultados corroborados em referências, ou seja, sistematizou-se uma revisão de literatura e elaboradas algumas considerações da pesquisa.

Resultados

A estratégia da territorialização utilizada pela necessidade de visualizar as inequidades da distribuição espacial da população é uma ferramenta que a saúde se apropria para dinamizar as ações de planejamento local. Portanto, é fundamental conhecer, conhecer para interpretar e interpretar para atuar, pois normalmente o planejamento das ações não vem de encontro as necessidades locais apontadas no território, resumindo-se apenas em ações desarticuladas e incompletas a este

território. Neste sentido é mister a compreensão dos modos de vida da população, por meio de estratégias de territorialização que permitam identificar certas particularidades, como problemas e necessidades, usos e apropriações do território.

Todos vivem em um espaço geográfico compreendido sob diversos pontos de vista, seja associado a uma porção específica da Terra, seja como referência a uma localização e, é exatamente neste espaço que existe um arsenal utilizado para facilitar a vida das pessoas, como a moradia, o local de trabalho, um ponto de encontro entre amigos e outros.

Atualmente a paisagem urbana apresenta fortes contrastes entre bairros com classes sociais privilegiadas e a periferia proporcionando a visualização de desigualdades econômicas, sociais e culturais da sociedade, determinando um cenário onde as pessoas vivem de maneiras e em condições diferenciadas no espaço/território.

Muitas transformações no espaço beneficiam determinados grupos, em detrimento a outros, como, por exemplo, os projetos de construções de represas, que normalmente desabrigam as comunidades do entorno, em prol de interesses de gestão governamental.

Por essa razão estabelecem-se conflitos entre os grupos sociais envolvidos, sendo o lugar resultado dessa relação. Este é utilizado de várias maneiras pelos diversos grupos, com a adoção de regras que regulamentam essa prática: a casa como moradia, as áreas verdes para diversão ou a igreja para o aconselhamento espiritual, ou mesmo a unidade de saúde para a orientação no tratamento.

Determinado objeto incluso no espaço/território pode ser ou não lícito, dependendo do contexto no qual está inserido, que são as condições objetivas e subjetivas da vida de um lugar, que podem influenciar pessoas e objetos, dependendo de sua localização no território, sob diversos pontos de vista: social, econômico, político, cultural e outros. (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

Dentro desta perspectiva é preciso visualizar a doença como 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 resultados de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças. (BARCELLOS, 2000).

O território possui uma população, que não se encontra uniformemente distribuída, e são principalmente diferenciadas como populações urbanas e rurais. Em áreas urbanas apresentam-se como populações mais densas e em áreas rurais, mais dispersas. Este aspecto é observado por meio de indicadores, como densidade demográfica ou mesmo pela observação dos modos de vida, como por exemplo, as diferenças de atividades profissionais.

Os recursos que reproduzem a vida social podem ser de uso comum, que se estabelecem nos fluxos de pessoas e outras materialidades, como mercadorias e equipamentos podendo ser distintos e ao mesmo tempo complementares.

Sendo que os recursos individuais referem-se às condições do domicílio e às instalações sanitárias da habitação, o nível de rendimento individual se materializa exatamente nestas condições de domicílio e na posse de equipamentos domésticos e de alimentação, que normalmente condicionam a regras específicas de comportamento. (BARCELLOS, 2000).

Já os recursos coletivos, de acordo com Seabra e Leite (2000, p. 26), compreendem “um conjunto dos sistemas naturais, herdados por uma determinada sociedade, e os sistemas de engenharia, isto é, objetos técnicos e culturais historicamente estabelecidos”. Ou ainda são objetos naturais e criados que possuem a característica de estabelecer a conexão material e social das pessoas, promovendo ou limitando as ações humanas (SANTOS, 1999).

Para as ações de vigilância em saúde na práxis por demandas sanitárias e ou coletivas é relevante o reconhecimento dos objetos geográficos, como: as características de ocupação do lugar (estradas, ruas, sistemas de água e esgoto, terrenos baldios, depósitos de lixo, núcleos de habitação e outros) e suas condições ecológicas e geomorfológicas (florestas/desmatamentos, fauna, flora, relevo, hidrografia e clima).

Os recursos e suas regras referem-se, (...), às condições materiais necessárias à subsistência humana, relacionadas à habitação, trabalho e renda, alimentação, saneamento básico, recursos sociais, econômicos e culturais, dos serviços de saúde e de educação, de opções de lazer e de organização sociopolítica. Esses (...) configuram regras que se materializam em práticas sociais cotidianas. (MONKEN; BARCELLOS, 2007, p. 183).

Para entender o movimento do território vivido é preciso identificar seu dinamismo local, a partir das próprias identidades, recursos e regras, integrados a outros espaços compartilhados, tais como: o próprio domicílio, UBS, instituições públicas e ou privadas, empresas, igrejas, associações da sociedade civil, clubes, indústrias, depósitos, postos de comércio e espaços de circulação, como vias, estradas, pontes, parques, praças e outros.

O território social adquire algumas particularidades, sendo a posse de determinado recurso, referência, no que diz respeito à diferenciação de acesso aos resultados da produção social.

De acordo com Albuquerque (2001, p. 613) “o território refletiria as posições ocupadas pelas pessoas na sociedade e é consequência de uma construção histórica e social, (...) capaz de refletir as desigualdades existentes”. Os costumes e práticas considerados como fatores causais ou protetores, para doenças ou eventos, como o fumo, alimentação, drogas lícitas e ilícitas entre outros, com circulação, risco e vulnerabilidade diferenciada nos grupos sociais.

O reconhecimento do território também se dá a partir de relações com outros níveis decisórios como os inúmeros territórios-influência, redes, informações, energias e materiais.

O território pode estar relacionado à determinada área que é delimitada, onde a vida ocorre e que é submetida às relações de poder e, nesta perspectiva, o Ministério da Saúde usou como pressuposto a territorialização para definir a área adscrita para a Estratégia da Saúde da Família.

Nesta lógica, o primeiro problema para as ações de saúde é, sem dúvida, a delimitação do território de atuação e a identificação dos poderes constituídos nos referidos territórios, pois estes não se constituem em recortes autônomos e fechados, no entanto, servem para organizar as práticas nos serviços de saúde.

Além da atuação sobre determinado território, é fundamental que o setor de saúde identifique seus conteúdos, sendo eles: demográfico, social, político e ambiental que estão sob as consequências dos processos de produção e consumo sobre a saúde.

O território representa sempre limites de poder, seja governamental ou de um setor específico, estruturado em divisões político-administrativas ou políticas, nos diversos níveis, constituindo-se em hierarquias.

A área da Saúde utiliza-se de recortes territoriais nas três esferas de Governo, divididas sob critérios populacionais que demandam assistência ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Essas divisões não deixam de representar espaços de poder, de dominação, seja de caráter administrativo, gerencial, cultural, político e outros, formando redes de relações humanas no espaço. Mesmo não sendo visível ou organizado, ou mesmo não consciente, o poder desses grupos sociais pode ser exercido a partir da sua dinâmica, ou seja, das suas atividades realizadas no dia-a-dia. Nessa perspectiva é fundamental desenvolver o senso crítico desses grupos, empoderando-os em suas potencialidades, e, conseqüentemente, transformando suas realidades em direção a uma vida digna.

De acordo com Haesbaert (2002, p. 121): “Dessa interação constante entre múltiplas escalas territoriais, surge e avança cada vez mais o uso do termo rede, que contribui para compreensão dessas articulações nas diferentes estruturas internas das territorialidades.”⁴

A reforma sanitária brasileira foi assegurada com a implantação de normas que garantiram os princípios de universalidade, integralidade, equidade e descentralização.⁵ Além do princípio de descentralização, destacam-se também

⁴ “O conceito de rede nasce com o próprio capitalismo, e os primeiros pesquisadores que irão utilizá-lo aparecem no século XIX, quando tentam explicar determinadas formas espaciais disseminadas pelo novo sistema: redes de transporte cada vez mais articuladas, vários tipos de rede dentro das cidades (desde as redes de bondes e metrô até as redes de água e esgoto), diversas redes técnicas construídas para destruir e reordenar territórios que, com o surgimento do imperialismo, irão incluir os próprios circuitos do capital financeiro.” (HAESBAERT, 2002, p. 121).

⁵ Universalidade: É um dos princípios do SUS e se refere ao direito que tem todo o cidadão de ser atendido por qualquer serviço de saúde, público ou privado, integrante do SUS, sem ter que pagar pelo atendimento. (BRASIL, 1994).

Integralidade: “(...) superação da dicotomia medicina preventiva *versus* medicina curativa.” (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JÚNIOR, 2001, p. 39).

Equidade: (...) significa que todos os cidadãos brasileiros, independentemente de sexo, religião, idade ou situação de emprego têm direito à mesma assistência à saúde. Significa ainda, que em função das diferenças sociais e das disparidades regionais, os recursos para a saúde deverão ser distribuídos no sentido de favorecer aqueles que mais necessitam de atenção e cuidados. Descentralização: Refere-se ao processo de transferência de um nível de governo para outro, do centro para a periferia, ou seja, do nível federal ao estadual ou municipal, das responsabilidades sobre determinada área de atuação e das condições para o cumprimento dessas responsabilidades. Na saúde a descentralização tem como grande objetivo a municipalização das ações e serviços de saúde. (BRASIL, 1994).

outros princípios organizativos, como a regionalização e hierarquização dos serviços, a participação dos grupos sociais e do setor privado.⁶

A implantação desses princípios é considerada um grande desafio para os gestores do SUS, devido principalmente a alguns fatores:

- a) desigualdades sociais existentes no Brasil;
- b) a participação dos serviços de atenção suplementar e a necessidade de regulação do sistema;
- c) a carência de informações e metodologias que permitam articular as necessidades e problemas das comunidades, que sejam expressas por indivíduos que formam os grupos sociais e;
- d) a qualidade dos serviços de saúde no nível local.

As necessidades de saúde atualmente geram fluxos de pacientes em busca de recursos, que devem ser avaliados e considerados no processo de alocação de serviços, gerando um forte diferencial dentro das cidades e dentro das regiões. As necessidades são demandadas pelas condições gerais de vida da população e da acessibilidade ofertado pelos próprios serviços de saúde. (CAMPOS, 2003).

Dentro desta perspectiva, as desigualdades e acesso ao uso dos serviços de saúde, são pautadas pelas desigualdades individuais existentes ao risco de adoecer e morrer, nas diferenças comportamentais próprias do indivíduo e na compreensão do processo saúde-doença.

Nesta ótica a ESF foi proposta em 1994 no país, para a reorientação da prática do modelo assistencial na Atenção Primária em Saúde, estruturado pela equipe da Saúde da Família (ESF)⁷ com caráter multiprofissional.

As equipes são responsáveis por uma população adscrita, delimitada por área de abrangência, onde são realizadas atividades de promoção à saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos.

A territorialização é pressuposto básico do trabalho do PSF e apresenta algumas dimensões: demarcação dos limites de áreas de atuação; reconhecimento do território (população, dinâmica e ambiente); e o estabelecimento de relações

⁶ Sobre o histórico do setor de saúde e os princípios e diretrizes do SUS ver Rosen (1994); Perhouskei (2006); Matta (2007); Perhouskei e Benaduce (2010).

⁷ Equipe Saúde da Família ou Estratégia Saúde da Família. Nota do autor.

horizontais com outros serviços articulados e verticais com os centros de referência. (PEREIRA; BARCELLOS, 2006; CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

Um dos termos mais empregados para descrever a relação serviço-território-população é a adscrição, que representa o território sob responsabilidade da ESF. (BRASIL, 1997). Cada equipe tem a responsabilidade pelo cadastro de mil famílias em uma determinada área geográfica.

Com a intenção de organizar a atenção primária em saúde, a demarcação de territórios é uma prática que permite regular e estabelecer regras para a atuação das equipes. Essas áreas são identificadas por vários termos: espaço territorial, área de abrangência de unidade, adscrição de clientela e referência e contra-referência.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) para a atuação dos profissionais de saúde no âmbito domiciliar, são definidos recortes territoriais agregando as famílias, sendo no máximo 1.000 famílias ou 4.500 pessoas, que podem compor um bairro, parte de um bairro, vários bairros, tanto em áreas urbanas, como em áreas rurais.

No PSF, o menor nível de escala para a atenção é a família. Os níveis maiores de escala podem ser uma microárea, área, segmento ou mesmo o município. A microárea normalmente agrega de 450 a 750 habitantes e constitui a unidade escalar de atuação do profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Outra unidade escalar utilizada na área de saúde é o segmento territorial composto por um conjunto de áreas contíguas, que pode corresponder a um distrito sanitário, ou a uma zona de informação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou a outro nível de agregação importante para o planejamento e avaliação na área de saúde.

Como o PSF focaliza o atendimento domiciliar, está implícito em seus princípios as ações intradomiciliares. No entanto é também preconizada a práxis de vigilância em saúde nos espaços sociais, pois são locais onde se detectam os determinantes e condicionantes do processo saúde e doença.

Na prática processual de territorialização são identificados os seguintes territórios:

- a) território-distrito: delimitação político-administrativa usada para organização do sistema de atenção;

- b) território-área: delimitação de área de abrangência de uma unidade de saúde, a área de atuação de equipes de saúde que é foco neste estudo;
- c) território-microárea: área de atuação do ACS, delimitada com a lógica da homogeneidade socioeconômica-sanitária;
- d) território-moradia: lugar de residência da família.

São pressupostos alguns quesitos importantes para a delimitação das áreas:

- a) a área deve conter um valor máximo de população de modo a permitir um atendimento às suas demandas de saúde;
- b) a área deve conter uma população mais ou menos homogênea do ponto de vista do perfil socioeconômico e epidemiológico;
- c) a área deve conter uma Unidade Básica de Saúde sede da ESF para a oferta de atenção à população;
- d) para os limites da área devem considerar barreiras geográficas e vias de acesso e transporte da população às UBS.

Este conjunto de requisitos torna a tarefa de definição das áreas um processo intrincado de administração de interesses por vezes contraditórios. Segundo estes requisitos, a área deve ser delimitada segundo critérios populacionais, político-comunitários, fisiográficos, epidemiológicos e de organização dos serviços, que são de difícil convergência. (BARCELLOS; MONKEN, 2007, p. 213).

No entanto, normalmente esses critérios são desprezados no momento de se delimitar a área, exatamente pela complexidade desses elementos, e consideram-se apenas a proximidade dos bairros para a delimitação, como por exemplo, a estratégia de “estimativa rápida” aplicada no Município de Maringá, Estado do Paraná. Não existe qualquer participação das comunidades envolvidas para o planejamento e territorialização dos serviços, e, por isso mesmo, ocorrem inúmeros problemas no atendimento a esses usuários.

Toda a organização do processo de trabalho das ações de Vigilância em Saúde local deveria ser pautada na territorialização, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território, segundo a lógica das relações entre condições de

vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde. (TEIXEIRA; PAIM; VILLASBÔAS, 1998).

O processo de territorialização é um dos instrumentos básicos da Vigilância em Saúde, que pode ser pautado no modelo do Planejamento Estratégico Situacional (PES) proposto por Matus, Rivera e Javier (1989), como possibilidade de subsidiar uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade social e histórica, contemplando simultaneamente a formulação de políticas, o planejamento e a programação dentro de um esquema teórico-metodológico de planificação situacional, para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde. Tem como base a teoria da produção social, segundo a qual, a realidade é indivisível, e entende que tudo que existe em sociedade é produzido pelo homem.

O PES traz embutido em suas bases conceituais, o pensar e o fazer em saúde, focados diretamente em algumas variáveis condicionantes à vida e situação de saúde nos territórios.

Alguns aspectos são enfocados por Teixeira (1999):

a) o fato de o objeto do planejamento ser os problemas e as oportunidades reais de intervenção supera a fragmentação reducionista da realidade, pelas disciplinas afins à área de saúde, que se materializam, conseqüentemente, nos setores onde se organiza a intervenção;

b) a concepção do processo de planejamento constituído em momentos que não seguem uma sequência rígida, o que possibilita uma articulação entre as experiências dos vários setores;

c) a proposta de modularização do produto do planejamento, como a definição dos objetivos, atividades, produtos e, resultados, responsáveis, participantes, prazos e recursos, que flexibilizam a organização, facilitando a intersectorialidade entre diversos atores sociais;

d) estas propostas de gestão do plano e gerência de operações trazem embutidas uma teoria de governo, que abre também interessantes espaços para mudanças nas práticas institucionais, administrativas, democratizando as relações e intensificando as ações comunicativas entre dirigentes, técnicos e usuários dos serviços.

A base do planejamento tem como pressuposto a concepção, entendida por Matus (1993) como um conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social, que não separa sujeito e objeto. Isto permite uma dinâmica singular ao planejamento, onde os próprios atores sociais decidem e executam seus objetivos setoriais, que se confrontam ao mesmo tempo com a dinâmica singular de outros atores.

Esta proposta possibilita a interdisciplinaridade na análise dos problemas, de forma dialética, entre os atores envolvidos, onde cada setor pode atuar na intervenção sobre os determinantes, condicionantes ou fatos que expressam os problemas.

Teixeira (1999) argumenta que, para o desenvolvimento metodológico, o planejamento situacional deve incluir: a “análise de situação” (identificação, priorização e análise dos problemas); o desenho da “situação objetivo” para definição dos cenários prováveis, o “desenho de estratégias” para a definição de linhas de ação, análise de viabilidades das ações e a elaboração de projetos viabilizadores; e a “programação” de uma série de passos operacionais que envolvem decisões e ações específicas.

No entanto, o PES tem de ser pensado de forma contínua e ascendente por meio de um território adscrito, definido e sistematizado nas várias concepções de vida.

A análise territorial implica uma coleta sistemática de dados que vão informar sobre situações-problema naquela população e naquele território, indicando suas inter-relações espaciais. Possibilita, ainda, identificar vulnerabilidades, populações expostas e a seleção de problemas prioritários para as intervenções. Isto permite a escolha de ações mais adequadas, apontando estratégias e atores que foram identificados no processo de pesquisa, que melhor as operacionalizem, e viabiliza o uso da epidemiologia como ferramenta poderosa para o planejamento por intermédio da microlocalização dos problemas de saúde (BARCELLOS; MONKEN, 2007, p. 218).

Os mapas referenciados pela saúde atualmente através das técnicas computacionais como o geoprocessamento, permitem comparar taxas de incidência ou mortalidade em vários locais e ainda a distribuição espacial dos mesmos; são determinantes da maneira como cada território se estruturou: demograficamente, socialmente e ambientalmente. Da mesma forma, os fluxos de pacientes, de sua residência ao núcleo de saúde, podem ser estudados com o apoio do mapa, além da

localização de grupos populacionais de acordo com suas vulnerabilidades. (SANTOS; BARCELLOS, 2006).

Portanto, a territorialização é um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de Vigilância em Saúde, por meio da delimitação de áreas e microáreas da ESF, e vem sendo preconizada por diversas iniciativas no SUS, como a própria ESF, a Vigilância em Saúde, Cidades Saudáveis e os processos de descentralização das atividades de assistência e vigilância no território.

No entanto, na maioria das vezes, reduz-se o conceito de território, sendo utilizado de forma meramente administrativa, para a gestão dos serviços de saúde, negando-se as potencialidades deste conceito para a identificação dos problemas de saúde e possíveis intervenções.

Considerações finais

No âmbito da saúde, a proposta de planejamento de seus serviços a partir da territorialização representa uma nova alternativa de intervenção, que certamente proporcionará inclusão e eficácia nos atendimentos em saúde.

Com o intuito de estudar o território área de abrangência, que representa a área de responsabilidade da UBS, devem-se considerar os critérios de acessibilidade e fluxos de população ligados às condições de vida e que podem ser analisados sob várias perspectivas: geográficas, funcionais, culturais e econômicas.

No entanto a partir dos estudos realizados na presente pesquisa, o conceito de território abrangência na área de saúde deve ser ampliando, considerando sua potencialidade em servir como espaço de sociabilidade, que deve ser utilizado pelas ESF, nas ações preventivas direcionadas aos diversos grupos de saúde, como idosos, hipertensos, diabéticos, jovens e gestantes. A adoção deste critério possibilitará a inclusão de novas políticas públicas que integrem o ambiente e a saúde e que beneficiem as comunidades numa perspectiva coletiva.

Referências

ALBUQUERQUE, M. F. M. Debate sobre o artigo de Czeresnia & Ribeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 16, p. 612-613, 2001.

BOURDIN, A. **A questão local**. Rio de Janeiro, DP&A, 2001.

Sociedade e Território, Natal, v. 27, nº 1, p. 101 -116 jan/jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1886/GM de 18 de dezembro de 1997.** Aprova as normas e diretrizes do programa de agentes comunitários de saúde e do programa saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Projeto Nordeste. Informação, educação e comunicação. **Guia de referências para o controle social:** manual do conselheiro. Brasília: Projeto Nordeste, 1994.

CAMPOS, C. E. A. Os desafios da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JUNIOR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). (2001). **Bases da Saúde Coletiva**, Londrina: Ed. da UEL, 2001.

CORBO, A. D; MOROSINI, M. V. G. C.; PONTES, A. L. M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

HAESBAERT, R. **Territórios alternativos**. Niterói: Ed. Da UFF; São Paulo, Contexto, 2002.

KOGA, D. **Medidas de Cidades:** entre territórios de vida e territórios vividos. São Paulo: Cortez, 2003.

MARICATO, E. **Metrópole na periferia do capitalismo:** ilegalidade, desigualdade e violência. São Paulo: Hucitec, 1996.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Org.). **Políticas de saúde:** a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, v. 3, p. 61-80, 2007.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MATUS, C.; RIVERA, U. JAVIER, F. **Planejamento e programação em saúde:** um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Ministério da Saúde, 2007.

PEREHOUSKEI, N. A. **Abrangência das unidades básicas de saúde:** a percepção das comunidades nos bairros universo e pinheiros no município de Maringá-PR. *2001 a 2005*. Dissertação (Mestrado em Geografia), Departamento de Geografia, Universidade Estadual de Maringá, 200p, 2006.

PEREHOUSKEI, N. A.; BENADUCE, G. M. C. Abrangência das unidades básicas de saúde: a percepção da comunidade nos bairros universo e pinheiros no município de Maringá-Pr. 2001 a 2005. **Espaço & Geografia**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 219-267, 2007.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no programa saúde da família. **Hygeia**, v. 2, n. 2, p. 47-59, 2006.

- ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC, UNESP, ABRASCO, 1994.
- SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: HUCITEC, 1999.
- SANTOS, S.; BARCELLOS, C. **Abordagens espaciais em Saúde Coletiva**. Brasília: Ministério da Saúde, FIOCRUZ, 2006.
- SEABRA, C. M.; LEITE, J. C. **Território e sociedade: entrevista com Milton Santos**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.
- TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e planejamento em saúde. **Ciência e tecnologia em Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 287-303, 1999.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILLASBÔAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.
- UNGLERT, C. V. S. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993.

Recebido em Maio de 2014.

Publicado em Junho de 2015.