

Ismael Mendes Andrade

TERRITORIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

Avaliação e perspectivas no Recôncavo da Bahia



Ismael Mendes Andrade

TERRITORIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

Avaliação e perspectivas no Recôncavo da Bahia



Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2023 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2023 Os autores

Copyright da edição © 2023 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo do texto e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva do autor, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos ao autor, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Biológicas e da Saúde

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
 Profª Drª Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes
 Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza
 Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
 Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
 Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
 Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
 Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
 Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
 Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
 Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
 Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
 Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
 Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia
 Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
 Profª Drª Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
 Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
 Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDP
 Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
 Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
 Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
 Profª Drª Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal
 Profª Drª Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá
 Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Profª Drª Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
 Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
 Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
 Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
 Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio
 Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
 Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
 Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
 Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
 Profª Drª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
 Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
 Profª Drª Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria
 Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
 Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
 Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Territorialização da atenção primária à saúde: avaliação e perspectivas no recôncavo da Bahia

Diagramação: Camila Alves de Cremona
Correção: Flávia Roberta Barão
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: O autor
Autor: Ismael Mendes Andrade

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
A553	<p>Andrade, Ismael Mendes</p> <p>Territorialização da atenção primária à saúde: avaliação e perspectivas no recôncavo da Bahia / Ismael Mendes Andrade. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-0796-6 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.966230301</p> <p>1. Atenção primária à saúde. 2. Território. I. Andrade, Ismael Mendes. II. Título.</p> <p>CDD 362.1042</p>
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DO AUTOR

O autor desta obra: 1. Atesta não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao conteúdo publicado; 2. Declara que participou ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certifica que o texto publicado está completamente isento de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirma a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhece ter informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autoriza a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Este livro é resultado da produção científica do Mestrado em Planejamento Territorial da Universidade Estadual de Feira de Santana, desenvolvida no município de Santo Antônio de Jesus, no Recôncavo da Bahia. O objeto de estudo desafia a problemática, encontrada em vários municípios brasileiro, da falta do planejamento territorial em saúde observada na prática do Sistema Único de Saúde (SUS). Com formato singular composto por referencial teórico, ponderações e resultados, o livro “Territorialização da atenção primária à saúde: avaliação e perspectivas no Recôncavo da Bahia” aborda desde a avaliação do território até as perspectivas de um bom planejamento na atenção primária à saúde, fazendo referência à importância da territorialização como espaço vivido e dinâmico, apresentando novas propostas de adequação para o município em estudo. Convido todos/as os/as leitores/as para imergir nesta pesquisa sobre territorialização, de grande relevância para a saúde coletiva, diante do seu potencial para qualificar o acesso aos serviços de saúde, contribuindo para o planejamento eficiente da gestão e validando os princípios doutrinários e organizativos do SUS.

LISTA DE SIGLAS	1
RESUMO	2
ABSTRACT	3
INTRODUÇÃO	4
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	6
Saúde, direito e o espaço geográfico	6
O Sistema Único de Saúde (SUS)	7
Os três níveis hierárquicos complementares do SUS	9
Estratégia Saúde da Família (esf)	12
Território e espacialização na saúde	15
Definições de território adotado para o estudo	17
METODOLOGIA	19
RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
Saúde e município: O exemplo de santo antônio de jesus	21
Estrutura e organização do sistema municipal de saúde	23
Rede de serviços municipais de saúde	25
Avaliação do funcionamento dos distritos sanitários	27
O Distrito Sanitário I	29
O Distrito Sanitário II.....	32
O Distrito Sanitário III.....	35
O Distrito Sanitário IV	38
Proposta de adequação.....	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS	49
SOBRE O AUTOR	55

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CNS – Congresso Nacional de Saúde
DIRES – Diretorias Regionais de Saúde
DS – Distrito Sanitário
ESB – Estratégia de Saúde Bucal
ESF – Estratégia de Saúde da Família
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMSAJ – Prefeitura Municipal de Santo Antônio de Jesus
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
PSF – Programa de Saúde da Família
RAS – Redes de Atenção à Saúde
SAJ – Santo Antônio de Jesus
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
USF – Unidade de Saúde da Família
USS – Unidade Satélite de Saúde

RESUMO

TERRITORIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AVALIAÇÃO E PERSPECTIVAS NO RECÔNCAVO DA BAHIA

A Territorialização destaca-se como técnica que “cria” territórios políticos para a Saúde, representa, também, um instrumento de organização das práticas de Saúde, inserida nas diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica por meio de território adstrito, e permite o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações intersetoriais na consonância com o princípio da igualdade estabelecido pelo Sistema Único de Saúde. Portanto o objetivo principal do trabalho foi avaliar a territorialização na Atenção Primária à Saúde no município de Santo Antônio de Jesus, Bahia. Na metodologia fez-se a escolha pela abordagem exploratória a partir da natureza quantitativa. Para tanto realizou-se levantamento de referenciais bibliográficos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), sobre território, saúde e Atenção Primária à Saúde e verificação de documentos referentes à legislação, também portarias e resoluções sobre a temática, fez se levantamento de base cartográfica dos setores censitários do município em estudo, além de pesquisa da organização administrativa da Secretaria Municipal de Saúde, georreferenciamento das Unidades de Saúde da Família e aplicação de formulários com os Agentes Comunitários de Saúde das áreas de atendimento da Unidade de Saúde. O resultado mostrou a necessidade de uma territorialização com parâmetros, pois muitas unidades de saúde ultrapassaram os limites populacionais; fragilidades ao vínculo empregatício de profissionais de nível superior. E contribuição das propostas de adequação, com os mapas temáticos para organização nos distritos sanitários e consequentemente das Unidades de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Territorialização; Atenção Primária à Saúde; Espacialização; Mapas Temáticos.

ABSTRACT

TERRITORIALIZATION OF PRIMARY HEALTH CARE: EVALUATION AND PROSPECTS IN RECÔNCAVO DA BAHIA

The territorialization stands out as a technique which “creates” political territories for Health, is also an organizing tool in healthcare practices, included in the National Policy of Primary Care through attached territory, and allows for the planning, decentralized programming and the development of intersectoral actions in line with the principle of equality established by the Unified Health System. Therefore the main objective of the study was to analyze the territorialization in Primary Health Care in Santo Antônio de Jesus, Bahia. The methodology became the choice for exploratory approach from the quantitative nature. Therefore held survey of bibliographic references on the Unified Health System (SUS), on territory, health and primary health care and verification of documents related to legislation also ordinances and resolutions on the subject, made her survey of cartographic base the census tracts of the city under study, and research of the administrative organization of the Municipal Health Department, georeferencing of the Family Health Units and application forms with the Community Health Agents of the service areas of the Health Unit. The result showed need for territorial parameterized as many health facilities exceeded the population limits; weaknesses to the employment contract of top-level professionals. And contribution of adequacy proposals, in addition to thematic maps for organization in health districts and consequently in health units.

KEYWORDS: Territorialization; Primary Health Care; Spatialization; Thematic Maps.

INTRODUÇÃO

A territorialização em saúde representa um importante instrumento de organização das práticas de saúde; inserida nas diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) por meio de território adstrito, permite o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações intersetoriais na consonância com o princípio da igualdade estabelecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O termo “territorialidade” presente neste trabalho tem o mesmo significado técnico utilizado no âmbito da gestão da saúde, constituindo-se na definição de territórios vivos com suas margens de responsabilização sanitária e com inclusão do apoio geográfico (PNAB, 2012).

A territorialização pode ser entendida como o processo de apropriação do espaço pelos serviços de Atenção Primária à Saúde - APS (UNGLERT, 1995). Também pode ser entendida como o processo de criação de territórios de atuação de unidades de APS, sendo o modelo mais adequado para a gestão e serviços de saúde. Contudo, apesar de instituir uma prática geográfica, a política de territorialização na Atenção Primária à Saúde necessita de análise mais elaborada no contexto da Geografia. Portanto, causa estranhamento perceber que o Geógrafo está relativamente ausente no processo de territorialização na saúde, já que são profissionais capacitados para o estudo e organização do espaço geográfico.

Grande parte dos municípios brasileiros não possuem territorialização e mapeamento na Atenção Primária à Saúde, conforme pesquisa realizada para este trabalho. O exemplo de sucesso nesta organização é o município de Campinas, no Estado de São Paulo, que apresenta territorialização organizada por Distrito Sanitário no total de cinco unidades de planejamento mapeadas. E também o município de Florianópolis, no Estado de Santa Catarina, que é organizado ao molde dos Distritos Sanitários. A nossa hipótese é que a não existência de planejamento territorial em saúde em inúmeros municípios, deve-se aos seguintes fatores: falta de mão de obra qualificada para a organização territorial; os geógrafos não são envolvidos ou requisitados nas Secretarias Municipais de Saúde para a realização deste; e muitos municípios têm dificuldade em trabalhar com a territorialização pela não existência de capacitação ou manual de orientação.

Albuquerque (2006) relata que os estudos geográficos e os estudos sobre a saúde sofrem, em cada momento, várias modificações quanto aos seus instrumentos técnicos, teóricos e empíricos na busca de resposta para o mundo globalizado. Neste sentido, é necessário que se estabeleça um diálogo entre a concepção da saúde e a concepção do espaço geográfico.

O município de Santo Antônio de Jesus, conhecido como capital do Recôncavo, é destaque no comércio, popular como o “mais barato da Bahia”; na área educacional possui escolas de nível médio e superior, de cunho privado e público; e na saúde oferece uma grande rede privada de centros especializados. Já em relação à saúde pública municipal, atualmente conta com uma cobertura dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde

de 76% de toda população (SIAB, 2014), seu espaço territorial é organizado por quatro distritos sanitários, contando com 22 Unidades de Saúde, além de um hospital regional. Os Distritos Sanitários possivelmente foram feitos por arranjos de proximidade entre unidades de saúde ou mesmo por recorte de localidades do espaço rural. Pois não foi encontrado na Secretaria Municipal de Saúde nenhum documento que especifiquei essa divisão. A partir desse fato, este trabalho propõe um planejamento do território na saúde, a partir dos entraves encontrados.

Diversas são as causas que geram esses entraves, possíveis de serem pautadas e discutidas. Nesta pesquisa nos debruçamos sobre a territorialização na Atenção Primária à Saúde (APS). Sendo que o objetivo foi avaliar a territorialização na Atenção Primária à Saúde no município de Santo Antônio de Jesus. Pretendendo georreferenciar, propor e ordenar os territórios das Unidades de Saúde da Família (USF) que possibilitem estratégias para o planejamento da saúde no município. O produto final foi à elaboração de mapas e sua organização no território de cada Distrito e USF.

O presente trabalho está estruturado em quatro capítulos. O primeiro capítulo consiste na fundamentação teórica abordando questões sobre a saúde, direito e espaço geográfico, trazendo o processo histórico conceitual da saúde e sua legislação e uma abordagem sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e sua concretização por meio de rede de atenção em saúde e a formação e importância dos Distritos Sanitários. Neste capítulo é abordado também temas como territorialização e espacialização na saúde, que fundamenta a base para a funcionalidade do sistema brasileiro de saúde; o território sendo considerado essencial para organização da gestão, qualidade e acessibilidade da saúde.

O segundo capítulo contempla os procedimentos metodológicos, levantamento dos referenciais teóricos da área de saúde e território, aplicação dos formulários com os Agentes Comunitários de Saúde sobre números de pessoas e família dos territórios adstritos e levantamento de dados cartográficos e tabulações. No terceiro capítulo apresenta-se os resultados e discussões, aborda-se sobre avaliação do município de Santo Antônio de Jesus e sua organização da rede de atenção à saúde, trazendo perspectiva do planejamento e ordenamento territorial no nível de hierarquização da Atenção Primária à Saúde, além da avaliação dos distritos sanitários e seus entraves para organização territorial e, por fim, a proposta para adequação dos territórios de saúde do município, enfatizando a necessidade de uma nova territorialização. Finalizando, o quarto capítulo tece considerações sobre o perfil característico da territorialização no município, bem como propostas e medidas adequações para o novo planejamento.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1 | SAÚDE, DIREITO E O ESPAÇO GEOGRÁFICO

O conceito de “Saúde” não é algo pronto e concreto, mas busca estabelecer relação estável com o indivíduo e sua relação com o ambiente habitado. Ela pode ser considerada como um estado que no nível individual pressupõe a sensação de bem-estar (PEREIRA, 2007).

O termo saúde vem do latim *salutis* que significa “salvação e conservação (da vida)” (PEREIRA, 2007, p.3), concretizando-se em um bem estar que acompanha o indivíduo em cada período e a cada lugar. Conforme a Carta Magna de 7 de abril de 1948, “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afecção ou doença”; é a conceituação dada pela Organização Mundial da Saúde. No Brasil, o conceito de saúde foi problematizado na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília: “Saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, é assim antes de tudo, o resultado das formas de organização social” (VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986, p.3).

Almeida-Filho e Paim (2014) analisam o conceito de saúde como um valor social e político das atuais sociedades, a partir do valor de uso, do qual a vida faz sentido, além de criticar ao seu valor de troca. A Saúde não é um poder que se encontra no corpo, mas trata-se de um mediador da interação cotidiana dos sujeitos sociais.

O direito à saúde garantida pela Organização das Nações Unidas (ONU), que instituiu em 1948 a Organização Mundial da Saúde, tem como proposta elevar os padrões mundiais de saúde. No Brasil, a Constituição Federal de 1988, que redemocratizou o País após a ditadura militar no período de 1964 a 1985, define a seguridade social como um valor social, portanto, é a base para o surgimento do Sistema Único de Saúde como uma política social de direito e estratégia descentralizadora para dar atendimento e cuidado à saúde da população.

Conforme essa Constituição em seu Artigo 196:

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. (BRASIL, CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, Tit. VII, Cap. II, SEÇÃO II, Art. 196)

Além disso, a Constituição assegura saúde a toda população sem distinção de sexo; e raça, é um dever do Estado (nas esferas Federal, Estadual e Municipal) onde são oferecidos os serviços de saúde. Portanto, a saúde passou a ser um direito público, bem jurídico garantido constitucionalmente. Ao poder público nas três esferas cabe formular e implementar as políticas públicas de forma intersetorial, assegurando aos cidadãos o

acesso universal e igualitário à saúde.

Por isso, o sistema de saúde no Brasil, em suas formulações e execução de políticas de saúde, tem como objetivo, na prestação de serviços públicos de promoção, prevenção e recuperação da saúde. O entendimento da saúde-doença passa a ser inserido nos estudos ambientais, sociais, econômicos, educacionais entre outros, ampliando assim o conceito e entendimento sobre saúde.

Portanto, compete ao Estado garantir a saúde da população e da coletividade Santos (2005) diz que o direito à saúde foi elevado à categoria de direito subjetivo público, definindo que o sujeito é detentor do direito e o Estado é devedor deste. Ressalvando-se que o sujeito deve cuidar de sua própria saúde e contribuir para a saúde da coletividade.

A garantia do direito a saúde envolve também a acessibilidade da população ao serviço e com este a sua organização territorial para melhor servir. Este território citado está interligado ao espaço geográfico que pode ser entendido como fração de região, território, lugar, sendo espaço físico ou humano. Conforme o entendimento de Lobão e Silva (2013) a compreensão do espaço geográfico está longe de ser algo de fácil apreensão. Santos (2004) reforça que a interpretação de espaço e sua gênese ou seu funcionamento e sua evolução depende de como fazemos antes a correta definição de suas categorias analíticas relacionadas a ciências geográfica.

Na gestão da saúde o espaço geográfico é indispensável ao estudo e análise da territorialização em saúde, pois é a partir dele que entendemos as categorias da Geografia e seu processo de organização.

2 | O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O SUS de início pode ser entendido como uma política de Estado, construída pelas forças sociais que se organizaram no movimento da Reforma Sanitária Brasileira (ALMEIDA-FILHO e PAIM, 2014).

O surgimento do Sistema Único de Saúde vem da luta pelo direito universal à saúde com apoio do movimento da reforma sanitária constituída por profissionais de saúde, movimentos populares e sociedade civil (Figura 1). De fato, essa luta vem antes mesmo da reforma sanitária que há décadas é reconhecida e consegue influenciar o texto constitucional na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) no Rio de Janeiro, no qual a população teve voz ativa nas discussões. O surgimento do SUS teve como base a Constituição Federal/1988.

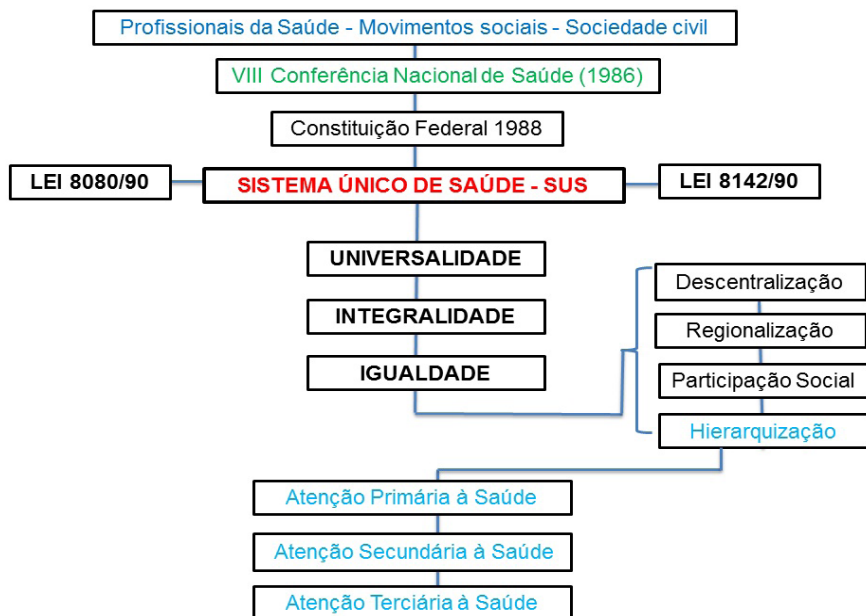


Figura 1 – Organograma do surgimento e organização do SUS

Fonte: Elaborado pelo autor.

A figura 1 mostra os passos para efetivação de um sistema de saúde e suas bases legais que dão seguimento a todo o processo de concretização do SUS.

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 1990, e a Lei complementar nº 8.142, de 1990, são norteadores de direito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabeleceram princípios doutrinários e organizacionais, quais sejam: universalização, integralidade e igualdade.

A universalização garante o acesso de todos os brasileiros ao atendimento universal e gratuito, sem distinção de cor, raça, gênero e condição econômica; a integralidade é a garantia da população (visando tanto o indivíduo, como a família ou a comunidade) de ações que abrangem a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde; e a igualdade garante atenção sem privilégios ou preconceitos. De acordo com a necessidade de cada um, o SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa (BRASIL, 2000).

Já os princípios organizacionais do SUS são: descentralização, regionalização, participação social e a hierarquização.

A descentralização é o processo de transferência de responsabilidade da gestão aos municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e definem atribuições comuns e competências específicas da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Segundo o princípio da regionalização, são identificadas

e construídas as regiões de saúde – espaços territoriais nos quais serão desenvolvidas as ações de atenção à saúde, com objetivo de alcançar maior resolutividade e qualidade nos resultados. Quanto a participação social, ela é uma forma de democratizar a soberania popular, assim incluindo sujeitos sociais nos processos de gestão do SUS com participação ativa dos usuários nos debates, formulações e fiscalização das políticas desenvolvidas pela saúde pública. Com previsão constitucional e legal, a participação popular dispõe de dois mecanismos de controle social: Conferências de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, nas três esferas de governo (BRASIL, 2000). Por fim o princípio da hierarquização está incluída na organização segundo a complexidade das ações desenvolvidas. A continuidade da assistência deve ser assegurada pela referência e contrarreferência do serviço de saúde (BRASIL, 2000). Esse modelo de organização da atenção está estruturada em três níveis hierárquicos complementares: Atenção Primária à Saúde; Atenção Secundária à Saúde; e Atenção Terciária à Saúde (termos de uso internacional).

No Brasil esses três termos são conhecidos respectivamente como Atenção Básica, Atenção Média e Alta complexidade de saúde. Contudo, o SUS é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde incluídos nas três esferas de governo (municipal, estadual e federal), da administração direta e indireta, com participação complementar da iniciativa privada na prestação de serviços (BRASIL, 2000).

Por fim, o SUS, no entendimento de Almeida-Filho e Paim (2014), expressa:

uma *política de Estado* que fundamenta em uma concepção ampliada de saúde e em uma perspectiva universalista do direito à saúde, traduzida em princípios (valores), diretrizes (políticas e organizativas) e dispositivos jurídicos (leis e normas) que orientam e definem o curso das ações governamentais (ALMEIDA-FILHO e PAIM, 2014, p. 123).

3 | OS TRÊS NÍVEIS HIERÁRQUICOS COMPLEMENTARES DO SUS

Para avaliar o processo de territorialização da Atenção Primária, é relevante conhecer a organização da rede de atenção. Para melhor organizar o processo de qualidade na assistência e gestão da saúde, o sistema é composto por três níveis hierárquicos de complexidade tecnológica: Terciária, Secundária e Primária.

A Atenção Terciária à Saúde pertence ao conjunto de procedimentos de saúde de alto custo, que envolve alta tecnologia, objetivando ofertar à população o acesso a serviços qualificados. A Portaria do Ministério da Saúde nº 968, de 11 de dezembro de 2002, define o elenco de procedimentos considerados de alta complexidade Ambulatorial e hospitalar. Esse nível é organizado por “redes” como: assistência a paciente com doença renal crônica (por meio de procedimento de diálise); assistência a paciente oncológico; cirurgia cardiovascular adulto e infantil; procedimentos neurológicos, quimioterapia, radioterapia, assistência a pacientes portador de queimaduras, pacientes portadores de obesidades,

cirurgia reprodutiva, entre outras complexidades. A Atenção Terciária tem um alto impacto financeiro no SUS, pois todos os procedimentos desse nível são os mais caros.

A Atenção Secundária à Saúde, composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, demanda também profissionais especializados e o uso de apoio diagnóstico e terapêutico para o tratamento dos usuários. As categorias que pertencem à Atenção Secundária são procedimentos especializados realizados como: cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumatológico-ortopédico; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultrassonográficos; diagnóstico; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; anestesia e outros.

Nesse nível, o gestor deve adotar critérios para organização regionalizada, considerando a qualificação e especialização dos profissionais, além dos dados epidemiológicos e socio-demográficos do município para o planejamento das ações nesta atenção, permitindo pactuações com outros municípios, assim diminuindo as despesas na área.

A Atenção Primária à Saúde constitui-se pela portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e rege a Política Nacional da Atenção Básica que estabelece a revisão e diretrizes e normas para organização da APS para Estratégia de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção no Sistema Único de Saúde e abrange um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que envolve a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes (PNAB, 2012, p. 19). Nesse nível de atenção à saúde, o atendimento aos usuários deve seguir a progressividade, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças, para a melhoria de vida dos usuários.

APS é intitulada a porta preferencial de acesso ao sistema de saúde, porque estabelece a base do primeiro vínculo com a população e possibilita uma relação mais proximal que os demais níveis de atenção. É desenvolvida por meio de exercício de práticas de cuidado e gestão sob forma de equipe e dirigidas a territórios definidos (PNAB, 2012). Nesse nível são ofertados os serviços de promoção da saúde com orientação do médico da saúde da família, além do serviço de enfermagem. A Atenção Primária é um serviço organizado para as pessoas e não para as doenças (OPAS, 2007). A APS é o contato preferencial das pessoas, é a principal conexão entre elas, a Rede de Atenção à Saúde, com base na universalidade e da acessibilidade ao vínculo da continuidade do cuidado.

Na Atenção Primária à Saúde são fundamentais a descrição da clientela e a aceitação das áreas de atuação dos seus serviços. Sem isso suas ações não podem ser contínuas e agregadas. Portanto, na década de 1990, início do processo de consolidação do SUS, foi proposta a criação de distritos sanitários em todo o país (MENDES, 1993) para organização dos serviços de saúde.

Os Distritos Sanitários (DS), conhecidos também na literatura como regiões de saúde, devem-se à necessidade de mudanças na organização da rede de serviços de saúde e suas práticas sanitárias (GRANDO, 2011), que conforme Unglert (1995) deve ter:

[...] a estruturação de uma rede de serviços regionalizada, descentralizada e hierarquizada. No entanto, para que se consiga atingir uma real transformação do sistema de saúde em vigor é fundamental que essa regionalização não se baseie exclusivamente em modelos teóricos que ignoram as distintas realidades locais, mas que contribua, concretamente, para mudanças das práticas de saúde, possibilitando sua adequação aos problemas de saúde existentes (UNGLERT, 1995, p. 96).

A criação dos DS vem para melhor gerir os serviços de saúde. Na concepção de Almeida (1998) os DS devem ser compreendidos sob duas dimensões; sendo a primeira como estratégia de construção do SUS no município ou em seu conjunto; e a segunda como unidade de território ou população, a ser organizada no planejamento e da gestão.

O Distrito Sanitário é inserido como um componente político na lógica da descentralização e seu processo de reestruturação do poder e da categoria no trabalho e no setor da saúde. A experiência de implantação dos DS vem sendo discutida pela própria concepção desses sistemas locais com o modelo gerencial e organizacional de recursos e serviços num determinado território (TEIXEIRA, 1995).

A construção e implantação de DS funciona como estratégia de apoio ao SUS, compreendido como um território-população, como processo social de mudanças de práticas sanitárias, de modo a adequá-la à uma lógica de organização informada pela epidemiologia (TEIXEIRA, 1995). No entendimento de Teixeira (1995), o espaço local vai muito além de uma superfície geográfica, com um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social que se expressa num território em permanente construção.

A criação de Distritos Sanitários contínuos e dinâmicos gera negociação e pactuação entre os diversos gestores do SUS, com sua participação e controle social (GRANDO, 2011). Para Almeida (1998), o DS se configura como oferta de serviços e ações em saúde para atingir a satisfação plena das demandas e necessidades de saúde da população da localidade.

A organização em DS, na realidade, fortalece ainda mais a Estratégia de Saúde da Família, principalmente na gestão em saúde. Assim, a APS organiza-se a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que, por sua vez, se materializa na Unidade de Saúde da Família (USF), ou seja, uma unidade de planejamento territorial. Cabe à Atenção Primária proceder de forma organizada territorialmente e hierarquicamente.

A PNAB em sua concepção traz seus fundamentos e diretrizes. Citaremos apenas o primeiro, por ser considerado peça chave neste trabalho:

I - ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais

e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre com consonância com o princípio da equidade (PNAB, 2012, p. 20).

Podemos compreender que a Política da Atenção Básica traz claramente em seus fundamentos a delimitação do território para seu planejamento e ações do cuidado. O planejamento territorial estabelecido pelo Ministério da Saúde, não deve ser feito sem estudo prévio, como se supõe sempre tem ocorrido em nossa realidade regional e nacional.

4 | ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) está inserida no nível hierárquico da Atenção Primária à Saúde (Figura 4), sendo o primeiro acesso (a porta de entrada) da comunidade, da família e do usuário ao SUS. A ESF visa à reorganização da APS no país de acordo com os preceitos estabelecidos, como forma de expansão, qualificação e consolidação dos serviços de saúde.

Anteriormente, a ESF era conhecida como Programa de Saúde da Família (PSF), no entanto, essa nomenclatura foi modificada, pois a palavra “programa” denota uma finalização, ou seja, início, meio e fim. E a ESF não tem como objetividade o “fim” e sim a continuidade. Conforme relatam Almeida-Filho e Paim (2014) desde 1998 a ESF tem sido a principal estratégia de organização na APS no Brasil.



Figura 2 – Organograma da Estratégia Saúde da Família

Fonte: Elaborado pelo autor

A ESF é formada por um conjunto de profissionais com uma estrutura de gestão, assistência e arquitetura, incluída na Unidade de Saúde da Família e ou Unidade Básica de Saúde. Desenvolve-se uma Atenção Primária à Saúde com alto grau de descentralização e profundo acompanhamento no território, o que a deixa sempre mais próxima ao cotidiano das pessoas. Essa estratégia reafirma os princípios básicos do SUS e tem como base três pilares: família, território e responsabilização, tendo como apoio o trabalho em equipe.

Contudo, a família e a comunidade passam ser o foco do trabalho em equipe, ou seja, na Estratégia de Saúde

A família passa a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida (BRASIL, 1997, p.8).

A família pertence ao território, que é delimitado conforme área de abrangência, definida pela gestão e equipe da Unidade de Saúde da Família (USF) sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento, de forma que deverá garantir atenção integral a indivíduos ou famílias e assegurar a referência e a contrarreferência a clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde assim necessitar.

A USF é formada por uma ou mais equipes multiprofissionais de saúde, localizada em uma determinada área geográfica e composta por uma população delimitada. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (2012), cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 (quatro mil) pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 (três mil). Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior a vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas acompanhadas (atendidas) pela equipe.

O termo vulnerabilidade aqui utilizado, pontuado pela PNAB (2012), faz referência a suscetibilidade das pessoas a problemas e danos de saúde, além das questões espaço-físico-geográficas. Assim, expressa os potenciais de adoecimento, de não adoecimento e de enfrentamento, relacionados a todo e cada indivíduo (BERTOLOZZI et al., 2009). Em síntese, a vulnerabilidade retrata a relação do adoecimento e as ações de prevenção e o controle do agravo à saúde.

Nessa perspectiva, a vulnerabilidade acarreta diretamente o número de pessoas de cada ESF. Em outubro de 2013 publicou-se uma nova portaria, a de n.º 2.355, que altera a fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família, ou seja, facilitando a organização do território e a equidade de acesso da população. Para tanto, áreas mais vulneráveis terão o quantitativo populacional reduzido de 3.000 (três mil) para 2.000 (duas mil) pessoas, assim podendo ser reorganizado uma nova territorialização.

Na composição de uma equipe mínima da USF deve haver um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e de 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde, responsáveis por uma cobertura de 100% do território delimitado para a USF. Todos

os profissionais, da equipe tem uma jornada de trabalho de 40h semanais. Dependendo da infraestrutura da unidade e interesse do município, também essa equipe da USF pode integrar a Estratégia de Saúde Bucal (ESB), composta por um cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal. O gestor municipal pode ampliar a equipe, incorporando outros profissionais que julgue pertinentes para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços da Atenção Primária.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são profissionais essenciais na relação comunidade e ESF, já que eles devem estar diretamente (fisicamente) ligados com à população local. Segundo a Lei 11.350 de 5 de outubro de 2006, que regulamenta a atividade dos ACS, são requisitos para o exercício da atividade de ACS: residir na área da comunidade em que atuar, ter concluído, com aproveitamento, o curso introdutório de formação inicial e continuada, além do ensino fundamental.

Os ACS são responsáveis por acompanhar, pessoas por microárea (recomendado, no máximo 750), dependendo da abrangência geográfica e da vulnerabilidade de agravos à saúde do território que atua. Conforme a Lei 11.350, Art. 3º, o ACS tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor Municipal, Distrital, Estadual ou Federal.

Conforme Faria (2012), o sucesso em parte da ESF depende diretamente dos ACS, sem eles não é possível o acompanhamento sistemático da população de cada microárea. São eles que têm o contato direto com a população, por isso são os primeiros responsáveis pela coordenação dos fluxos e pela continuidade das ações da Atenção Primária. Os ACS são elos entre a comunidade e os serviços de Atenção Primária, por isso um dos requisitos para investidura no cargo é a obrigatoriedade de pertencer à comunidade, ou seja, pertencer à área de atuação da USF. Existe uma credibilidade de pertencer à comunidade, nem sempre isso aumenta o vínculo de confiança da população.

A microárea proposta para cada ACS é uma divisão que obedece a alguns critérios previamente definidos, como o número de habitantes, por exemplo, que é um importante critério limitador. Deve também analisar a expansão espacial (tamanho da área) condizente com a capacidade de atuação do ACS, incluindo a capacidade de locomoção (PNAB, 2012).

Assim, em princípio, a legislação brasileira relacionada com o SUS, apresenta condições para um atendimento territorialmente eficiente e justo de toda a população. Com efeito, na referida legislação os serviços públicos de saúde (atendimento Primário, Secundário e Terciário, Estratégia de Saúde da Família e papel dos Agentes Comunitários em Saúde) que devem obedecer a uma localização hierarquizada. Ou seja, os serviços de uso mais comum devem ter uma distribuição mais frequente, tornando-se mais raro à medida que vai aumentando a complexidade. E tudo isso deve funcionar de forma integrada, como uma rede, dentro do contexto da hierarquia dos municípios.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) segundo Silva et al. (2013, p.85) representam

uma malha que interconecta e integra os serviços de saúde e seus estabelecimentos de determinado território. Carvalho e Medeiros (2013, p.128) define também a RAS como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, buscando garantir a integralidade do cuidado.

Entretanto, a territorialização da ESF, é necessária e relevante para a APS e também contribui na funcionalidade da RAS, permitindo a organização do acesso dos usuários aos serviços de saúde com integralidade.

5 | TERRITÓRIO E ESPACIALIZAÇÃO NA SAÚDE

Território e saúde, ambos os termos são complexos em sua definição. Com relação ao território há uma maior variedade de conceitos, pois diversos autores defendem diferentes significados.

Inicialmente discutiremos o conceito de “território” relacionado à Ciência Geográfica. Um dos mais renomados na nova Geografia, o Professor Milton Santos, ao longo de sua trajetória, considerou vários significados para território, mas em um dos seus livros ele define o território diferenciado de espaço: “O espaço é sinônimo de natureza e o território é natureza natural e artificial” (SANTOS, 2002, p.31). Assim, o autor caracteriza o território pela sua formação em espaço biológico e espaço antrópico, ou seja, transformado pela ação humana. Em 1978 na obra, A Natureza do Espaço – ele considera que o território é um dos elementos de um Estado-Nação, dizendo que a utilização do território pelo povo cria espaço (SANTOS, 1996). No ano 1985 na obra, Espaço e Método - refere-se a território como frações que têm funções diversas e que sua funcionalidade depende de demandas com vários níveis, desde o local até o mundial (SANTOS, 1985).

Na concepção de Haesbaert (2004), território tem perspectivas mais simbólicas e identitárias. Território mais totalizante ou integrador, e considera o território como espaço imprescindível para a reprodução social de uma pessoa ou grupo. Para Souza (2000, p. 78), o território é como um espaço definido por e a partir de relações de poder. Raffestin (1993), trata o território como um espaço onde se projetou um trabalho, seja energia ou informação que revela reações marcadas pelo poder. Já Steinberger (2006) reconhece a existência da relação espaço-território que não significa dizer simplesmente que território é espaço. É perceptível que existe uma dificuldade em definir e diferenciar os dois termos o que, de fato, constitui uma das preocupações de Milton Santos.

No estudo de Faria (2012) ele busca entender o território à luz de vários autores da Geografia. Ele aborda, por exemplo, que Haesbaert (2004; 2007) traz diferentes concepções em dois grandes grupos de referenciais teóricos. O primeiro seria formado pelo binômio materialismo-idealismo, que se desdobra em duas outras perspectivas, sendo a primeira a parcial, à medida que elege ou privilegia uma única dimensão social na produção do território, como a economia, política ou cultura, e a segunda como integradora, envolvendo

conjuntamente as dimensões acima citadas. O segundo grupo seria formado pelo binômio espaço-tempo que também segue duas outras abordagens, sendo a primeira seu caráter absoluto ou relacional, físico-concreto ou social-histórico, e a segunda considera sua historicidade, se é um componente geral de qualquer sociedade ou se está circunscrito a determinado período (tempo).

Saquet (2007), cita quatro tendências de abordagens do território: primeira de modo eminente na economia, sob o materialismo histórico dialético, e assim entende o território a partir das relações de produção e das forças produtivas; a segunda, pautada na dimensão geopolítica do território; a terceira, dando ênfase às dinâmicas política e cultural, simbólica-identitária, tratando de representações sociais centrada na fenomenologia; e a quarta, que ganha força a partir de 1990, voltada às discussões sobre a sustentabilidade ambiental e ao desenvolvimento local, tentando articular, ao mesmo tempo, conhecimentos e experiências de maneira interdisciplinar (SAQUET, 2007).

A abordagem territorial a partir de 1990 vem sendo debatida por inúmeros autores no contexto brasileiro, podendo ser computada várias propostas sobre a temática, que poderia enriquecer o trabalho ou deixá-lo sem uma delimitação conceitual no viés do território da saúde.

Em estudo sobre território, pautados na saúde, o autor Mendes (1995, p.46) entende o conceito de território considerando duas correntes de pensamento: a primeira apresenta uma concepção naturalizada do espaço físico que está dado e completo, envolvendo critérios geopolíticos que irão denominar de território, ou seja, um território-solo assim batizado; a segunda concepção coerente para o entendimento do distrito sanitário é o espaço em constante construção, produto de uma demanda social e política. Nessa corrente, o território nunca está acabado, sempre em constante construção, envolve atores sociais, culturais, políticos e seu processo de saúde. Assim ela traz em suas colocações a linha da Geografia como base para a organização do espaço.

No contexto do SUS, e também influenciado por propostas teóricas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que origina a política da territorialização da Atenção Primária à Saúde no Brasil, afirma-se o território como política porque é uma proposta de Estado para a organização desse nível de atenção em todo o país. Mas, é também uma técnica utilizada para se delimitar áreas de atuação das unidades de Atenção Primária à Saúde no Brasil, notadamente as unidades de Saúde da Família (BRASIL, 2007b).

Existem conceitos de território e territorialização na concepção da saúde que alguns autores trazem em seu estudo, a exemplo de Grando (2011), que define o Território como estratégia de análise sobre as condições de saúde, possibilita reconhecimento no espaço, da dinâmica social e das relações em sociedade.

Pereira (2006) aborda o território como resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais, que promovem condições particulares para a produção de doenças. Já Faria (2012) define a territorialização como técnica, “cria” territórios políticos

para a saúde, e como inscrição espacial impõe os limites de abrangência para os serviços. O seu ponto de partida são os serviços e o número de habitantes. O ponto de partida, nesse caso, deve ser o reconhecimento dos usos do território, através dos quais são identificados os seus perfis territoriais.

Os documentos oficiais do Ministério de Saúde definem territorialização como:

A territorialização consiste no reconhecimento e na aproximação, pelos gestores, dos espaços locais e das relações da população com os mesmos, expressos por meio dos dados demográficos e epidemiológicos, pelos equipamentos sociais existentes (tais como associações, igrejas, escolas, creches etc.), pelas dinâmicas das redes de transporte e de comunicação, pelos fluxos assistenciais seguidas pela população [...] (BRASIL, 2006c, p. 15).

Outra concepção de Território é um espaço vivo, geograficamente delimitado e ocupado por uma população específica, contextualizada em razão de identidade comum, sejam elas culturais, sociais ou outras (BRASIL, 2009). Sobre esse aspecto Faria (2012, p. 35) ressalta que:

Tais áreas comportam limites, impõe barreiras e também se expressam a partir de relações de poder. Mas, são relações de poder mão única, promovidas pelo aparelho de Estado. Nesse sentido, a territorialização pode também ser entendida como uma prática ou estratégia utilizada para a criação de territórios político-administrativos da saúde no interior do território urbano. E isso pode ou não significar um problema. Depende dos modos como são criados esses territórios. Daí a importância da análise teórica e prática desse processo.

Faria (2012), no estudo sobre a territorialização na saúde, fala da dificuldade de encontrar referências bibliográficas que permitam aprofundar o debate sobre a gestão territorial da saúde; ele reforça que existe documentação oficial apresentada em forma de planos e programas governamentais, mas bastante resumida e sem muito domínio da análise geográfica.

Portanto este trabalho tem fundamentação nas Políticas de Atenção Primária do Brasil, além de apoio das referências na Geografia que trabalham com a temática.

5.1 Definições de território adotado para o estudo

Esta dissertação busca relacionar o planejamento territorial e sua importância para a organização na saúde pública, voltando-se para a Atenção Primária à Saúde. Para isso, o estudo do território é indispensável para a pesquisa, assim a categoria território melhor discutida, para análise da saúde, é aquela abordada por Milton Santos.

O território é entendido como espaço vivido, geograficamente delimitado e ocupado por uma população específica e com identidades, tanto sociais, culturais como ambientais, além da inclusão dos processos de saúde-doença e acessibilidade. É uma definição de território ampliada na concepção de Milton Santos, sendo de fundamental importância para

este trabalho.

Saquet (2007) traz uma discussão teórico-metodológica, destacando a produção do território sob as forças econômicas, políticas e culturais, resume a teoria de território presente nas obras de Milton Santos e Haesbaert:

Milton Santos elabora uma argumentação de caráter eminentemente epistemológica, pautada em processos sociais e reconhecendo a natureza como um elemento do território; R. Haesbaert faz uma discussão teórica e ontológica centrada na reterritorialização a partir de fatores políticos e culturais, incorporando mais recentemente uma preocupação mais sistemática com a natureza (SAQUET, 2007, p. 122).

Os enfoques conceituais, não apenas do território, mas também de outras categorias, encontra-se pautada em dificuldades de apreensão da realidade complexa que se apresenta. Justamente por isso, há a necessidade de esclarecer os sentidos da proposição teórica que se adota e de que maneira essa conjectura pode se aplicar melhor ao objeto de estudo que se pretende (FARIA, 2012).

A opção por Milton Santos, como base referencial teórica neste trabalho se deve aos estudos do autor sobre o território, que são essenciais para discutir a territorialização em saúde. Santos (1996, p. 15) afirma que “[...] é o uso do território, não o território em si mesmo, que faz dele objeto de análise social”. Portanto, está implícita em sua abordagem a relação entre território (apropriado, efetivamente usado) e espaço geográfico, embora estejam ontologicamente separados (SAQUET, 2009).

Para Milton Santos o território não é o fragmento, mas a totalidade em movimento. Na concepção de Santos território usado constitui-se como um todo complexo onde são tecidas tramas de relações complementares e conflitantes (SANTOS, 2000). Então, refletir processualmente as relações constituídas entre o lugar, a formação sócioespacial e o mundo. O território usado é então apreendido como “o espaço de todas as dimensões do acontecer, de todas as determinações da totalidade social” (SANTOS, 2000, p. 104), “[...] um campo privilegiado para a análise, na medida em que, de um lado, nos revela a estrutura global da sociedade e, de outro, a própria complexidade do seu uso” (SANTOS, 2000, p. 108). Portanto, a utilização da categoria território, citado por Milton Santos, é indispensável para este trabalho.

METODOLOGIA

Nesta pesquisa, fez-se a escolha pela abordagem exploratória de natureza quantitativa. A opção pelo método quantitativo, segundo Richardson (1999), significa a escolha de procedimentos sistemáticos para descrição e explicação de fenômenos, e representa, em princípio, a intenção de garantir a precisão dos resultados. Na percepção de Alyrio (2008), o método quantitativo é utilizado nos casos em que se procura identificar quantitativamente o nível de conhecimento, as opiniões, impressões, hábitos e comportamento.

Na abordagem exploratória, defendido por Alyrio (2008) reforça sobre a existência de poucos dados disponíveis, em que se busca aprofundar e aprimorar as ideias e a construção de hipóteses, conforme há pouco conhecimento acumulado ou sistematizado (VERGARA, 2004), Andrade (2001) complementa dizendo que esta se configura como a fase preliminar, que busca proporcionar maiores informações sobre o assunto que vai se investigar.

Para se discutir a territorialização da saúde no município de Santo Antônio de Jesus seguiu-se os seguintes passos, conforme figura 3:

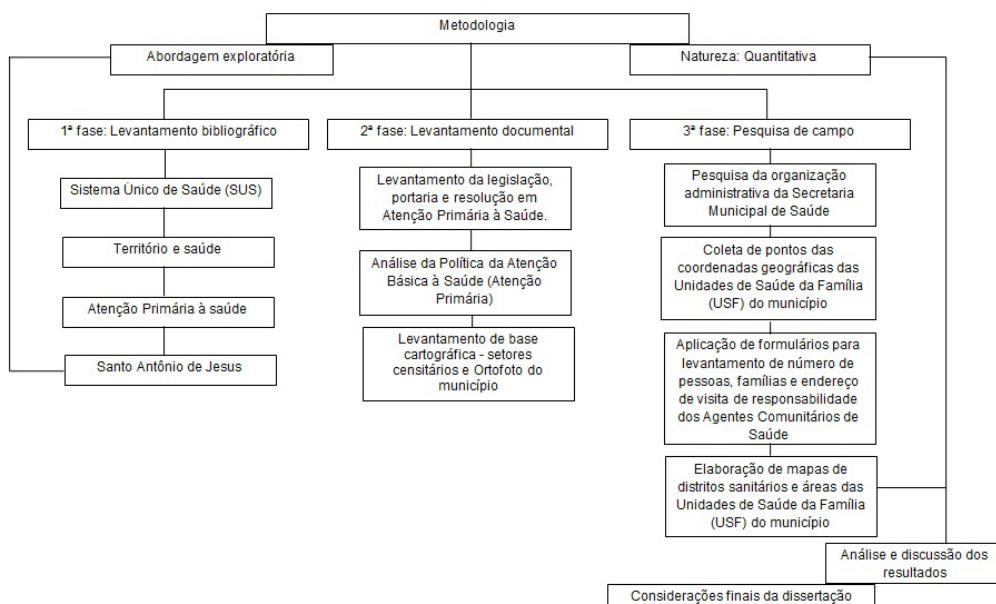


Figura 3 – Metodologia da pesquisa

Fonte: Elaborado pelo autor.

A pesquisa consistiu em três fases: a primeira fase é composta por levantamento de referenciais bibliográficos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), território-saúde e

Atenção Primária à Saúde. Na segunda foi feito o levantamento de documentos referentes à legislação, portarias e resoluções sobre o SUS e APS, além da análise da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), e levantamento de base cartográfica dos setores censitários e ortofotos do município em estudo. Já na terceira fase realizou-se a pesquisa de campo por meio da coleta de dados que compõem o banco de dados, composta pela seguinte divisão: pesquisa da organização administrativa da Secretaria Municipal de Saúde, para entender como funciona a gestão em saúde no município; georreferenciamento das Unidades de Saúde com o auxílio do GPS (global position system) de navegação, modelo Etrex 12 Channel; aplicação de formulários com todos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das áreas de atendimento da Unidade de Saúde do município em estudo, referente ao ano de 2013, para obter informações como número de famílias, número de pessoas, eixo de logradouro, áreas de atuação (microárea) dos ACS.

O processamento dos dados foi realizado com planilha de ponto de georreferenciamento em formato de arquivo dbf sendo exportado para o programa TerraView 4.2.2 para elaboração do mapa temático de localizações das Unidades de Saúde da Família. Os dados dos formulários foram digitados em planilhas e divididos por distritos sanitários e unidades de saúde, para serem avaliadas.

A base cartografia dos setores censitários (IBGE, 2010) da área de estudo foi utilizada para o mapeamento das variáveis relacionadas com a saúde, para tanto foi adaptada, e aglomerada no *software* ArcGIS (ArcMap 10), conforme área das Unidades de Saúde da Família, depois foi exportada em formato *shp* para o TerraView 4.2.2. As informações referentes aos eixos de logradouro e as ortofotos possibilitaram o reconhecimento dos limites de cada área, e assim identificando as divisões territoriais dos limites das áreas e microáreas de atuação dos ACS. Também inserida a informação referente ao georreferenciamento das USF para a centralidade nas áreas de atuação das equipes (Unidade de Saúde).

O resultado dos procedimentos gerou mapas temáticos das áreas de atuação das equipes de Saúde da Família e também mapas de delimitação dos distritos sanitários, permitindo análise e avaliação para possíveis propostas de adequação na Atenção Primária à Saúde no município em estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1 | SAÚDE E MUNICÍPIO: O EXEMPLO DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS

O município de Santo Antônio de Jesus (Figura 4) foi emancipado no dia 29 de maio de 1880, está situado no Recôncavo Sul da Bahia, à margem da BR - 101, com distância da capital de 187 km por via terrestre; tem uma extensão territorial de 261,348 km² e população total de 90.985 habitantes (IBGE, 2010). Em 2014 a estimativa feita pelo IBGE foi de 100.050 habitantes.

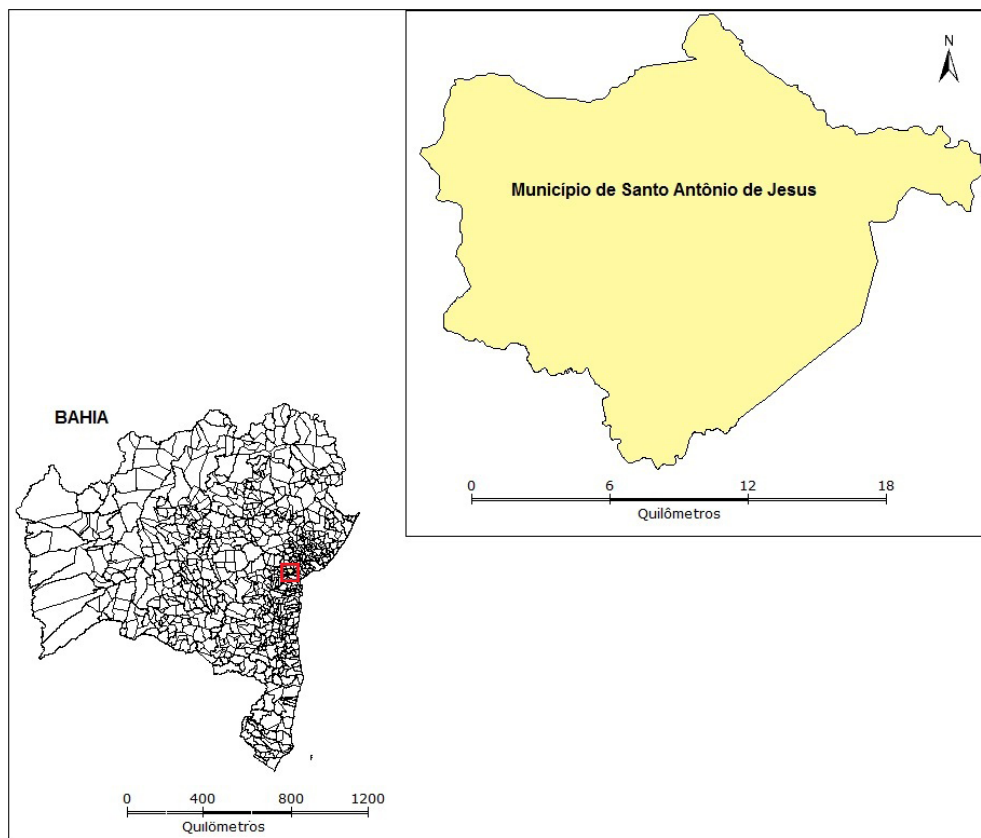


Figura 4 – Localização do município de Santo Antônio de Jesus no Estado da Bahia

Fonte: Base cartográfica do IBGE (2010). Elaborado pelo autor.

O município tem importante papel no território do Recôncavo, destacando-se no comércio, na saúde e na educação. Em relação à saúde, o município conta com vários estabelecimentos de serviços públicos como: Centro de Saúde/Unidade de Saúde da Família, Policlínica, Hospital Geral, Unidade móvel terrestre, Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência, Centro de Atenção Psicossocial, Central de regulação

médica de urgências. Além de convênios com redes privadas para serviços gratuitos de acesso para população como: Clínica/Centro de especialidade, Unidade de apoio diagnose e terapia e Hospital/dia.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização em Saúde do Estado da Bahia, atualmente existem no Estado 28 Regiões de Saúde (Portaria Estadual 275/2012), Santo Antônio de Jesus faz parte de uma região composta por mais 22 municípios (Figura 5) distribuídos em duas Diretorias Regionais de Saúde (DIRES); a 29ª DIRES (com 10 municípios) e a 4ª DIRES (com 13 municípios), conforme tabela 1. A região de saúde é o ponto de “corte” no nível assistencial que vai delimitá-lo, devendo atender aos critérios que propiciem eficiência no território, com capacidade de atender a Atenção Primária e parte da Atenção Secundária (BRASIL, 2006).

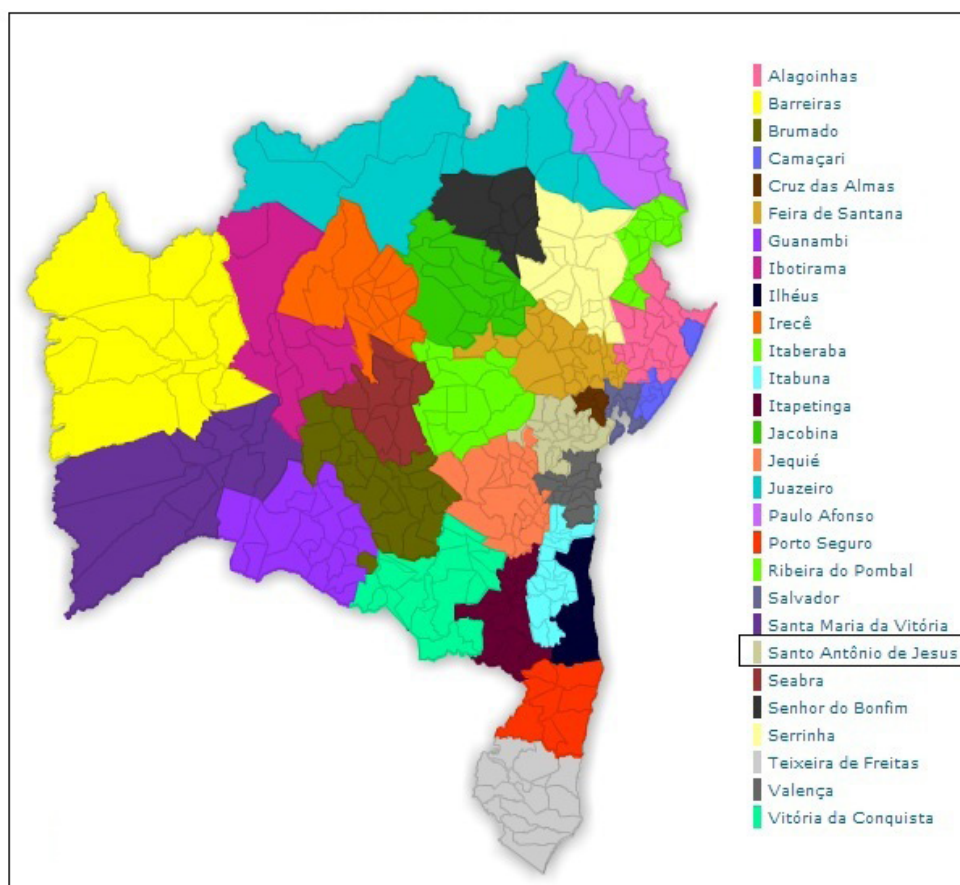


Figura 5 – Regiões de Saúde do Estado da Bahia

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2013. Modificado pelo autor.

Município	Habitantes
Amargosa  (sede da 29ª DIRES)	34.845
Elísio Medrado	7.961
Itatim	13.841
Jiquiriçá	14.096
Laje	22.679
Milagres	10.994
Mutuípe	21.608
Nova Itarana	7.563
São Miguel das Matas	10.474
Ubaíra	20.714
Santo Antônio de Jesus  (sede da 4ª DIRES)	93.077
Aratuípe	8.632
Castro Alves	25.555
Conceição do Almeida	17.705
Dom Macedo Costa	3.894
Jaguaripe	16.927
Muniz Ferreira	7.374
Nazaré	27.454
Presidente Tancredo Neves	24.517
Salinas da Margarida	13.921
Santa Teresinha	9.792
São Felipe	20.329
Varzedo	8.987

Tabela 1 – Municípios da Região de Saúde Santo Antônio de Jesus

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2013. Elaborado pelo autor.

2 | ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

A Secretaria Municipal de Saúde que tem gestão plena dos seus recursos, assumiu o termo de compromisso de gestão conforme Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 do Ministério da Saúde. Atualmente a secretaria está organizada em diversos setores e com Conselho de Saúde (Figura 6), conforme Lei municipal nº 1.120 de setembro de 2011. Nessa organização temos como base, a Diretoria de Unidade Gestora da Atenção Básica, inserida, no nível hierárquico da Atenção Primária à Saúde, e atualmente está dividida em quatro coordenações técnicas de Distrito Sanitário.

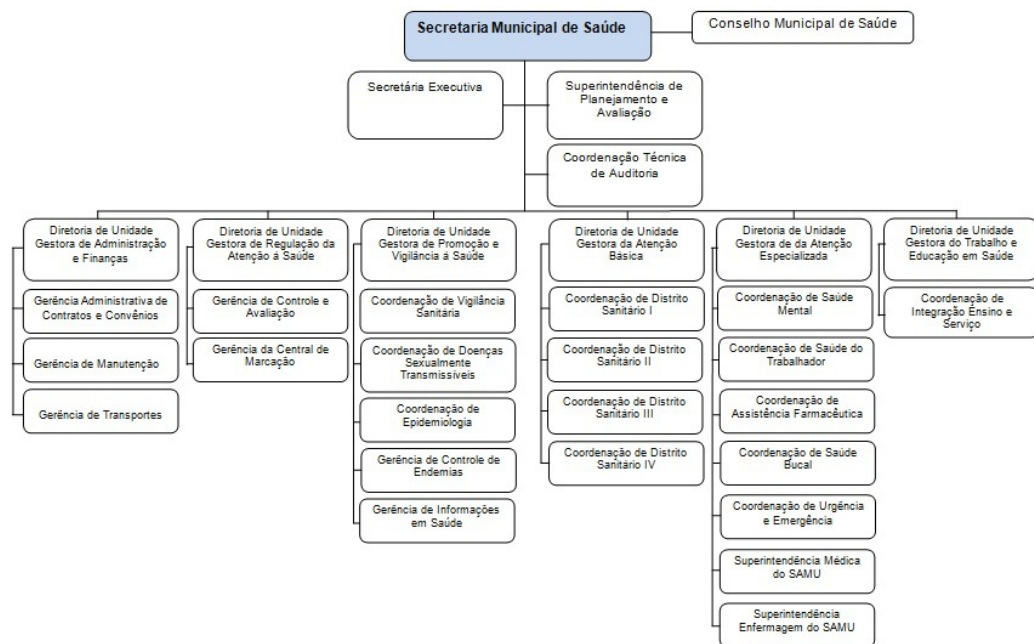


Figura 6 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de S. A. de Jesus

Hoje a Secretaria Municipal de Saúde tem uma organização de unidade gestora à saúde (Figura 6). Entretanto, quanto aos recursos humanos (Tabela 2) é organizada por Atenção Primária, Atenção Secundária e Terciária, além da gestão administrativa da sede da Secretaria Municipal. Assim, o vínculo empregatício que predomina na gestão são os efetivos de nível médio; mas também conta com a contribuição do Governo Federal que cede um médico, e quatorze funcionários são cedidos pelo Governo Estadual, entre eles estão médicos, enfermeiros e auxiliar de serviços gerais.

	EFETIVOS Prefeitura Municipal de Santo Antônio de Jesus (PMSAJ)	CONTRATO TEMPORÁRIO PMSAJ	COOPERATIVA (TERCEIRIZADOS) PMSAJ	CARGO COMISSIONADO – NOMEADO PMSAJ	FEDERAL	ESTADO	TOTAL DE SERVIDOR
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	412	47	61	1	1	9	531
ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA À SAÚDE	89	108	53	22	0	5	277
SECRETARIA DE SAÚDE - SEDE	46	27	1	23	0	0	97
TOTAL POR VÍNCULO	547	182	115	46	1	14	905

Tabela 2 – Quadro de setor pessoal da secretaria municipal de saúde por vínculo, 2013. empregatício

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de S. A. de Jesus. Elaborado pelo autor.

A Tabela 2, mostra também que o maior número de vínculos está diretamente ligado à Atenção Primária à Saúde (APS), sendo 405 profissionais de nível fundamental, médio e técnico e 7 são de nível superior. Portanto podemos entender que APS sempre está em

primeiro lugar em quadro de profissional, mas, mostra a fragilidade em quadro de efetivo de nível superior. Ademais em relação à cooperativa são profissionais terceirizados sem vínculo efetivo, deixando frágil a continuidade dos serviços de saúde; o que impossibilita também a gestão do trabalho e da educação em saúde desses profissionais.

2.1 Rede de serviços municipais de saúde

A rede de serviço são pontos de atenção à saúde que ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular como as unidades de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros (CARVALHO e MEDEIROS, 2013).

A rede de serviços municipal de saúde de Santo Antônio de Jesus está composta por instituições com vínculo de várias naturezas: públicas, filantrópicas e privadas (Tabela 3). Essa rede atende as necessidades de toda a população do SUS nos três níveis da hierarquização (Atenção Primária, Secundária e Terciária).

Tipo de estabelecimento	Público	Privado	Filantrópico	Total
Centro de Saúde/Unidade de Saúde da Família	23	-	-	23
Policlínica	01	-	-	01
Hospital geral	01	03	01	05
Consultório isolado	-	36	-	36
Clínica/Centro de especialidade	03	23	-	26
Unidade de apoio diagnose e terapia	01	05	-	06
Unidade móvel terrestre	01	02	-	03
Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	-	03	-	03
Hospital/dia - isolado	-	02	-	02
Centro de Atenção Psicossocial	02	-	-	02
Central de regulação medica das urgências	01	-	-	01

Tabela 3 – Número de estabelecimentos de saúde por tipo de prestador

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2013. Elaborado pelo autor.

Os convênios que a Secretaria de Saúde estabelece com as clínicas e hospitais de rede privada permitem oferecer gratuitamente atendimento à população nos níveis da atenção secundária e terciária, mas alguns destes serviços não são encontrados em Santo Antônio de Jesus, em específico ao nível terciário; neste caso, o convenio é feito nas clínicas e hospitais privados da capital (Salvador), a exemplo do serviço de quimioterapia e

radioterapia para pacientes com câncer.

Os serviços de saúde oferecidos na Atenção Primária à Saúde de Santo Antônio de Jesus seguem os princípios básicos na APS, conforme cita Starfield (2002) como a integralidade, coordenação, continuidade das ações e primeiro contato com o sistema de saúde. Quando os serviços, no nível da APS, são insuficientes aos usuários, eles são referenciados para a Central de Regulação, onde serão encaminhados para a Atenção Secundária e Terciária, ou seja, para a rede de serviços especializados do município e/ou capital.

Na organização dos serviços de saúde do município, foram criados distritos sanitários, uma estratégia de reorientação da organização dos serviços adotada pela gestão municipal. Essa organização foi realizada com base na densidade populacional e números de unidades de saúde. Modelo similar ao nosso, é adotado no município de Salvador que atualmente é dividido territorialmente em doze distritos sanitários com objetivo de qualificar o acesso e eficiência no atendimento do SUS.

O surgimento dos distritos sanitários na Bahia ocorreu após a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) em todos os estados da Federação, mais precisamente em 1987. A Bahia foi o primeiro estado a assinar o convênio SUDS, além das propostas gerais relativas ao financiamento, gestão e desenvolvimento da infraestrutura da rede pública de serviços e incorporou como estratégia de reorganização dos serviços a criação dos Distritos Sanitários (DS) (TEIXEIRA *et al.*, 1993).

Para tal reestruturação da rede deve-se primeiramente planejar, desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. O planejamento pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana; ação essa realizada por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação (VILASBÔAS, 2004).

O município de Santo Antônio de Jesus na organização de serviço da Atenção Básica está dividido em quatro distritos sanitários, destes um está localizado na área rural e os demais na área urbana. Estes são divididos em áreas territoriais, ou seja, Unidades de Saúde da Família (USF), abrangendo no total de 21 equipes e uma Unidade Básica de Saúde (UBS). A UBS é uma unidade mais ampla de serviços em relação às Unidades de Saúde da Família (USF), pois oferecem algumas especialidades médicas como: pediatria, obstetrícia e ginecologia. É composta, também, por uma equipe de PACS (programa de agentes comunitários de saúde) que pode ultrapassar o limite proposto por uma equipe da USF, no máximo de doze agentes comunitários de saúde (ACS). O PACS atualmente tem vinte e um ACS para atender à demanda populacional do centro urbano de Santo Antônio de Jesus.

A Unidade de Gestora da Atenção Básica (Figura 7) está organizada para melhor gerir a gestão da Atenção Primária à Saúde no seu processo de qualidade do serviço.

Possui também um diretor e quatro coordenadores técnicos de Distritos Sanitários. Cada Distrito Sanitário possui seu coordenador técnico com função de supervisor e apoiador. O Distrito I é composto por cinco Unidades de Saúde da Família (USF), das quais, quatro estão em área totalmente rural, além de possuírem dez unidades satélites de saúde (USS); esse Distrito é composto também pela USF Geraldo Pessoa Sales, de área mista (rural e urbano). O Distrito Sanitário II possui uma Unidade Básica de Saúde que é vinculada a três unidades satélites, das quais, duas localizam-se em área rural, possuindo mais quatro Unidades de Saúde da Família. Os demais Distritos Sanitários III e IV estão em área urbana, formando um total de doze Unidades de Saúde da Família.

A organização por Distrito Sanitário terá mais aprofundamento no tópico de avaliação e funcionamento dos DS.

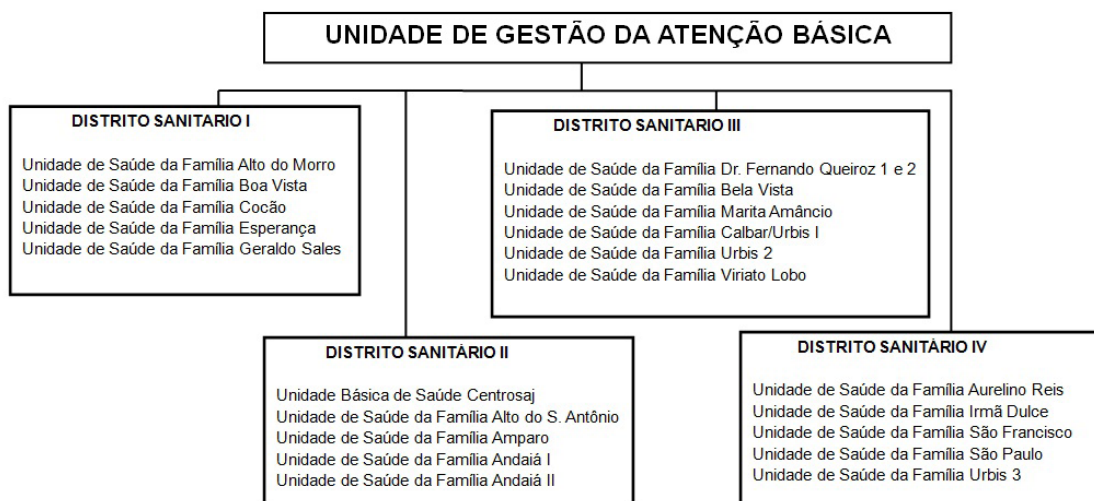


Figura 7 – Divisão organizacional da Unidade de Gestão da Atenção Básica (Atenção Primária)

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de S. A. de Jesus. Elaborado pelo autor.

3 | AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS

Atualmente há muitas discussões sobre Atenção Primária à Saúde e sua relação com o território, sendo mais teórico que prático, embora essa relação seja primordial para a estratégia de saúde da família. O município de Santo Antônio de Jesus (SAJ) torna-se atualmente um laboratório para discussão e para uma possível territorialização na APS, que a princípio, exigiria uma avaliação e em seguida uma perspectiva para adequação.

Santo Antônio de Jesus, há décadas vem crescendo significativamente, e sua rede de saúde vem sendo ampliada ao longo desses anos, mas, devemos tomar cuidado na avaliação desses aspectos, pois o planejamento é o alicerce para uma boa gestão.

O município hoje tem uma territorialização da atenção à saúde realizada ao molde das necessidades dos agentes comunitários. Percebemos que a “territorialização” existente no município em estudo, executada pelos Agentes Comunitários de Saúde, tal como vem sendo feita, obedece, mais a um processo de criação de áreas de atuação dos serviços.

Conforme Faria (2012), a tarefa de estabelecer limites de atuação dos serviços de Atenção Primária à Saúde no território não é simples. Dependendo da complexidade desse território, qualquer intervenção, ainda que relacionada a um determinado serviço, deve ser cuidadosamente pensada antes mesmo da reorganização.

O município de Santo Antônio de Jesus possui uma divisão territorial em quatro unidades de planejamento, ou seja, quatro distritos sanitários, conforme a figura 8. Contudo, é importante ressaltar que os mapas temáticos dos distritos nunca existiram no município, sendo esta uma necessidade de construção para análise neste trabalho. O primeiro passo na organização do território é a averiguação das políticas de saúde para o mesmo, pois será o norteador para uma adequação. Atualmente, quem regulamenta, ou dita parte dessa política, é a Política Nacional da Atenção Básica (2012) e a Resolução 2.355 de outubro de 2013.

Nessa perspectiva da territorialidade, cabe reconhecer os processos produtivos neles instalados, bem como o que está em seu entorno, conforme critérios de criação do território (PNAB, 2012) e suas características sociais, econômicas, culturais, geográficas e epidemiológicas.

Na análise de áreas vulneráveis, iremos traçar o cuidado continuado de usuários com condições crônicas, que necessitam mais visitas domiciliares pelos ACS, ou seja, maior número de visitas/acompanhamento. O cuidado continuado aqui mencionado trata-se de doenças referenciadas, a exemplo do Diabetes e da Hipertensão, que serão mostradas nos mapas temáticos de cada USF, traçando o perfil dessas áreas. O que poderá revelar a necessidade, ou não, de redistribuição de números de pessoas para a função dos ACS. É a própria PNAB (2012) reforça os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que a família com maior necessidade seja visitada mais vezes.

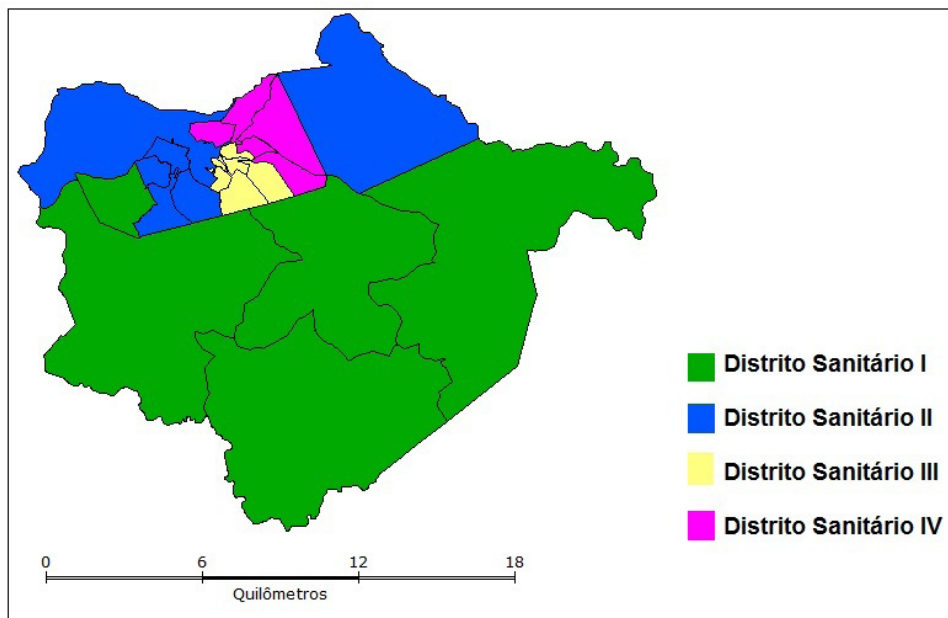


Figura 8 – Município de Santo Antônio de Jesus com divisão atual dos distritos sanitários

Fonte: Secretaria Municipal de Santo Antônio de Jesus, 2010. Elaborado pelo autor.

3.1 O Distrito Sanitário I

O Distrito Sanitário I atualmente está composto por cinco Unidades de Saúde da Família (USF), conforme apresentada na figura (9). As quais apresentam características tanto distintas, quanto similares, a exemplo da acessibilidade e das barreiras geográficas (por exemplo, atravessar um rio, subir ou descer um morro, atravessar uma rodovia). Cada USF está subdividida em seis microáreas com seus respectivos agentes comunitários de saúde (ACS), num total de 30 microáreas.

A realização da delimitação dos territórios na zona rural, representada pela Unidade de Saúde da Família, teve facilidades na identificação por causas dos pontos sociais (igreja, escola, campo de futebol, sede de associações) apontadas pelos Agentes Comunitários e pelo coordenador do Distrito Sanitário.

A seguir apresentaremos as características básicas de cada USF pertencente a cada distrito sanitário, o que facilitará a elaboração de propostas de adequações. Esses dados foram coletados em conjunto com os ACS no ano de 2013.

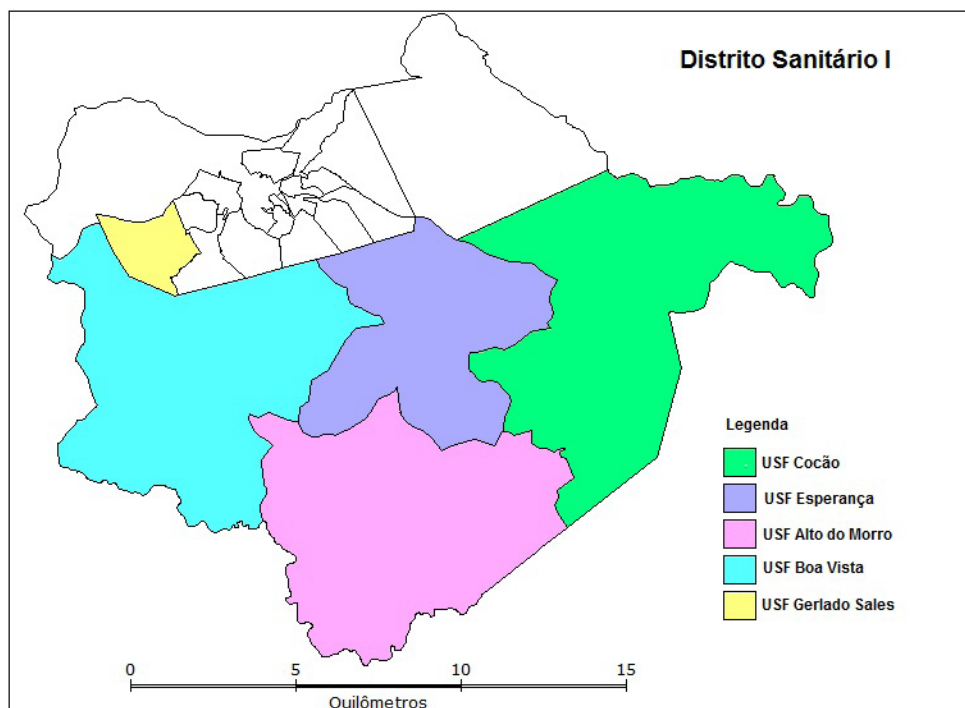


Figura 9 – Divisão atual do distrito sanitário I do município de Santo Antônio de Jesus

Fonte: Elaborado pelo autor

A USF Geraldo Sales é identificada como área rural, mas possui em maior parte do seu território área urbana, com apenas uma microárea na zona rural, diferente das demais unidades do Distrito Sanitário I que estão totalmente presentes na área rural do município em estudo. Essa unidade, hoje, tem uma população total de 5.561 pessoas e 1.347 famílias, acompanhadas por seis agentes comunitários, dividida em seis microáreas, além de possuir microáreas sem acompanhamento dos ACS.

A USF Boa Vista tem atualmente uma população de 2.930 pessoas, com um total de 872 famílias acompanhadas, com seis microáreas e seis Agentes Comunitários de Saúde. Uma característica distinta das unidades de saúde da área rural, é que esta USF possui Unidades Satélites de Saúde (USS), sendo a USS Bonfim e USS Sapucaia. O grande problema das USS é devido à grande extensão territorial e a distância entre as unidades, além de barreiras geográficas como morros e rio.

A USF Esperança possui também duas USS, Espinheiro e Vila Bonfim, com total populacional de 2.583 pessoas, tendo 797 famílias acompanhadas. Com seis microáreas e seis Agentes Comunitários de Saúde.

A USF Cocão acompanha um total de 2.341 pessoas e 694 famílias, possuindo duas USS, Mina do Sapé e Fátima, tem seis ACS com suas respectivas microáreas.

A USF Alto do Morro é a unidade que possui o maior número de USS, ao todo são quatro localizadas em seu território: a USS São Bartolomeu, a USS Riacho Dantas, a USS Camaçari, a USS Cruzeiro do Riachão. Essa USF apresenta uma população total de 3.363 pessoas e 941 famílias acompanhadas, possui seis microáreas, sendo que quatro possui seus respectivos ACS, e com duas microáreas descoberta (sem acompanhamento do ACS). A tabela 4 identifica as unidades que estão ou não em conformidade pela PNAB (2012), utilizamos o teto máximo de 4.000 estabelecido pela política em vigor, as unidades indicadas por “SIM” necessitam de adequação.

UNIDADE	Nº DE FAMÍLIA	Nº DA POPULAÇÃO	p < 4.000*
USF Geraldo Sales	1.347	5.561	SIM
USF Boa Vista	872	2.930	NÃO
USF Esperança	797	2.583	NÃO
USF Alto do Morro	941	3.363	NÃO
USF Cocão	694	2.341	NÃO

*p < 4.000 = População maior que quatro mil (4.000), não está no padrão mínimo estabelecido pela PNAB (2012)

Tabela 4 – Unidades de Saúde do Distrito I - número populacional e de família.

A avaliação aos dados do Distrito Sanitário I (DS I), se consideramos a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB, 2012), mostra que o DS I está inadequado em nível organizativo, necessitando de ACS e algumas adequações, sem mudanças de microárea. A PNAB recomenda que cada equipe é responsável por no máximo 4.000 (quatro mil) pessoas, sendo a média 3.000 (três mil), considerando o grau de vulnerabilidade e barreiras geográficas. Já a Portaria nº 2.355 reduz para 2.000 (duas mil) pessoas. Pelo que propõe essa portaria, a USF Geraldo Sales, está inadequada, além de necessitar quadro de ACS em sua unidade, já que possui microáreas sem acompanhamento.

O estudo do DS I em relação a doenças referenciadas como Diabetes e Hipertensão, que necessitam de cuidados continuados da equipe e de visitas constantes dos Agentes Comunitários de Saúde (Figura 9.1), e o coeficiente de prevalência¹, mostra que nenhuma das Unidades de Saúde da Família necessita ser ampliada pelos dados deste agravo. Existe a necessidade de redistribuir a USF Geraldo Sales para o Distrito Sanitário II, (pois é uma unidade que tem características urbanas) e a necessidade de ampliação e contratação de ACS para cobertura de 100% do seu território.

1 Coeficiente de prevalência calculado (número de casos de determinada doença em um dado local e período, / população do mesmo local e período x 10⁰).

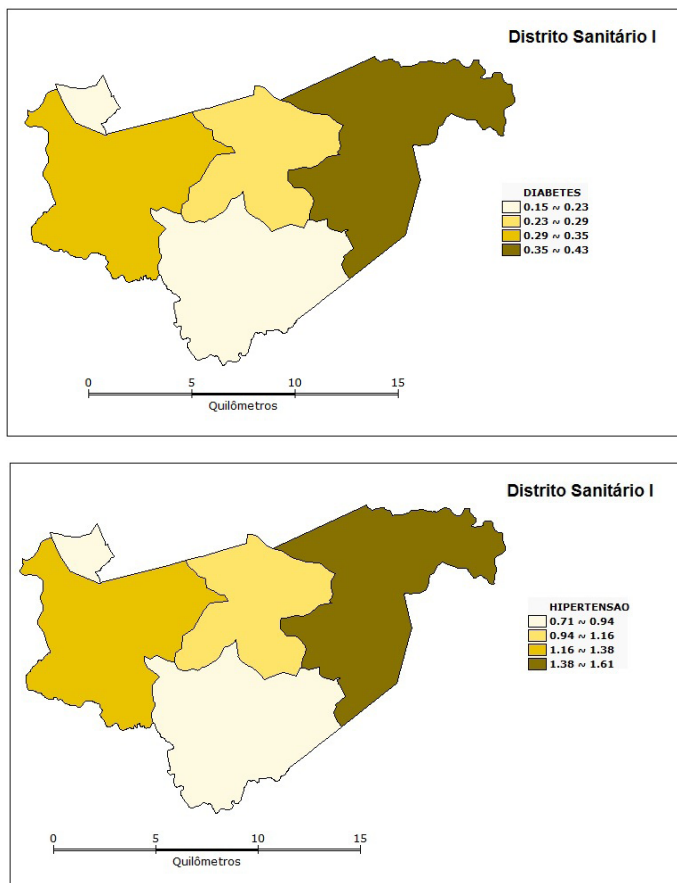


Figura 9.1 – Prevalência de Diabetes e Hipertensão Arterial do Distrito Sanitário I, 2014.

Fonte: Elaborado pelo autor.

3.2 O Distrito Sanitário II

O Distrito Sanitário II atualmente possui quatro Unidades de Saúde da Família (USF) e uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Na caracterização dessas unidades podemos citar primeiramente a UBS Centrosaj que, além de ser complexa no atendimento especializado, possui um território misto com área urbana e rural, conforme figura 10. Na figura 10 visualiza-se uma área distinta, ou seja, a existência da não continuidade, pois essa UBS tem três Unidades Satélite de Saúde (USS) que estão localizadas duas em área rural, USS Cunha e USS Casca de Ferro, e uma em área urbana, USS Santa Madalena. Atualmente, a UBS possui um total de 3.686 famílias acompanhadas, com uma população de 12.186 pessoas. O programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) possui 25 Agentes Comunitários de Saúde, com vinte cinco microáreas, incluindo a USS Cunha, a USS Santa Madalena e a USS Casca de Ferro.

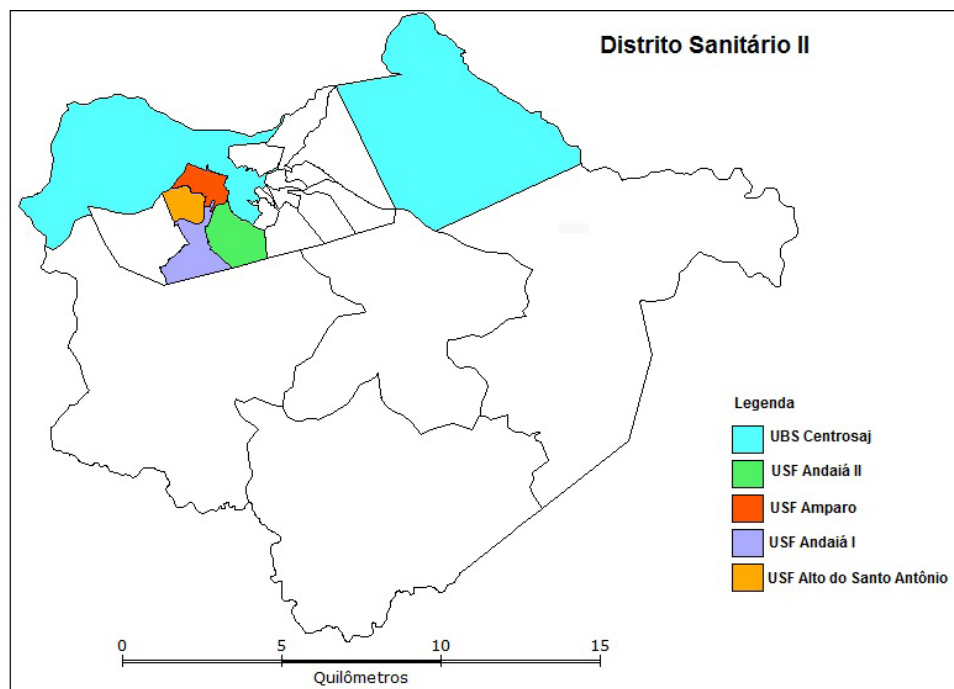


Figura 10 – Divisão atual do Distrito Sanitário II do município de Santo Antônio de Jesus

Fonte: Elaborado pelo autor.

A USF Amparo possui uma população de 5.279 pessoas com 1.535 famílias acompanhadas e tem em sua composição nove microáreas com seus respectivos Agentes Comunitários de Saúde.

A USF Alto de Santo Antônio possui sede própria, localizada em uma área periférica da cidade, composta por sete microáreas, acompanhada pelos seus ACS, com uma população de 4.272 pessoas e 1.307 famílias cadastradas.

A USF Andaiá 1 e Andaiá 2 são unidades localizadas em uma única sede, alugada, de porte II, classificação está estabelecida pelo ministério da saúde, formada por duas equipes. A USF Andaiá 1, possui 4.871 pessoas e 1.481 família acompanhadas, com oito microáreas com seus ACS. A USF Andaiá 2 é formada por dez microáreas, servida por dez ACS, possui um total de 5.389 pessoas e 1.629 famílias. A tabela identifica as unidades que estão ou não em conformidade, pela PNAB (2012), utilizamos o teto máximo de 4.000 estabelecido pela política em vigor, as unidades indicadas por “SIM” necessitam de adequação.

UNIDADE	Nº DE FAMÍLIA	Nº DA POPULAÇÃO	p < 4.000*
UBS Centrosaj	3.686	12.186	NÃO
USF Amparo	1.535	5.279	SIM
USF Alto do Sobradinho	1.629	5.389	SIM
USF Andaiá	1.481	4.871	SIM
USF Alto do Santo Antônio	1.307	4.272	SIM

*p < 4.000 = População maior que quatro mil (4.000), não está no padrão mínimo estabelecido pela PNAB (2012)

Tabela 5 – Unidades de Saúde do Distrito II - número populacional e de família.

Na avaliação do DS II, percebe-se a necessidade de readequação da UBS Centrosaj em relação ao território adstrito, tendo parte rural conforme mapa, (Figura 10, lado direito). A área rural pode ser remanejada para a USF Cocão do Distrito Sanitário I, sabendo que existe a USS Casca de Ferro que está inserida nesse território, assim possibilitando uma melhor acessibilidade para a população. A USF Amparo necessita redistribuição de mais três microáreas para facilitar o trabalho dos ACS nas visitas domiciliares pelo atual número populacional.

A análise das doenças crônicas no DS II, em consonância com a Política Nacional da Atenção Básica e com a Portaria nº 2.355 do Ministério da Saúde, e referente a prevalência² doenças referenciadas de cuidado continuado como diabetes e hipertensos (conforme a figura 10.1) e o número de pessoas por equipe, Podemos revelar que a USF Andaiá II tem um coeficiente elevado e somando ao número de população (5.389) necessita de ampliação da equipe, tanto em número de microáreas como de profissionais de saúde.

² Coeficiente de prevalência calculado (número de casos de determinada doença em um dado local e período, / população do mesmo local e período x 10n).

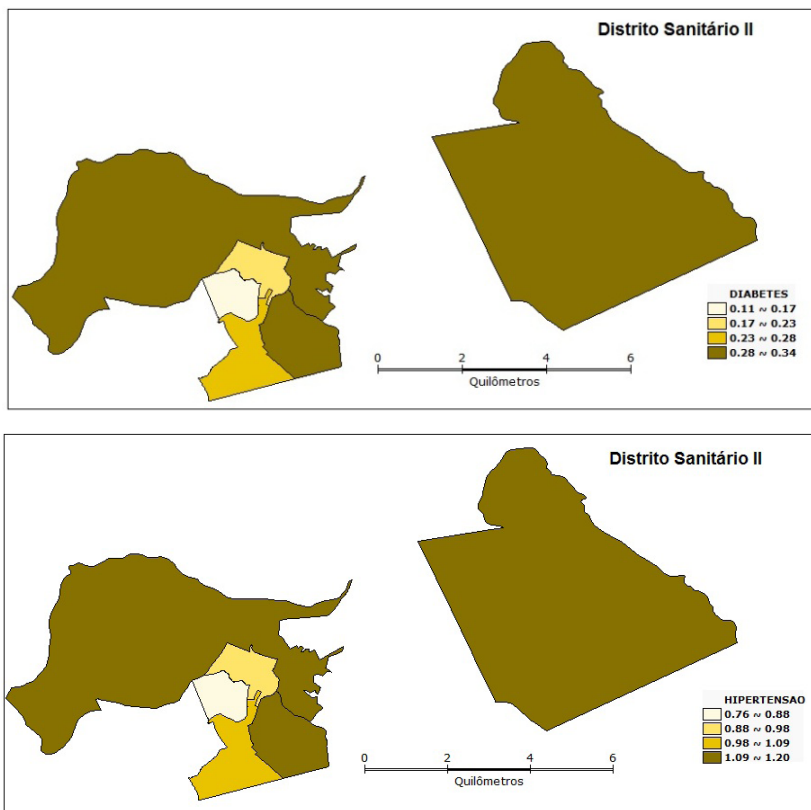


Figura 10.1 – Prevalência de Diabetes e Hipertensão Arterial do Distrito Sanitário II, 2014.

Fonte: Elaborado pelo autor.

3.3 O Distrito Sanitário III

O Distrito Sanitário III (DS III) é formado por seis Unidades de Saúde da Família (USF), desta, uma é classificada porte II, e os demais, porte I, todas são unidades alugadas e adaptadas. A figura 11 mostra a atual territorialização.

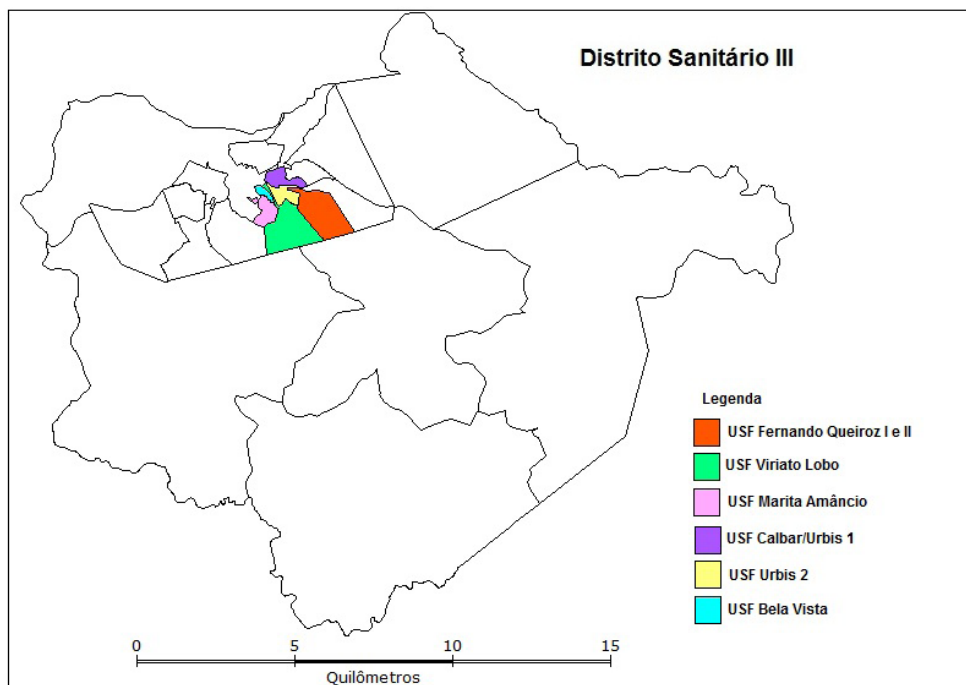


Figura 11 – Divisão atual do Distrito Sanitário III do município de Santo Antônio de Jesus

Fonte: Elaborado pelo autor.

A USF Dr. Fernando Queiroz I e II é a maior em relação à microárea, pois possui um total de 13, sendo seis pertencentes à Fernando Queiroz I com 3.204 pessoas e 910 famílias. E na USF Fernando Queiroz II com sete microáreas e sete ACS, e 3.688 pessoas e com 1.094 famílias. Territorialmente é uma área homogênea para as duas equipes de Saúde da Família, pois com sua ampliação não existiu a necessidade de divisão do território área.

A USF Urbis 2 atualmente possui oito microáreas acompanhadas pelos respectivos ACS. Com uma população total de 5.213 pessoas e 1.581 famílias.

A USF Calabar/Urbis 1 é composta por um total de 1.514 família e uma população de 4.882 cadastradas, possui dez microáreas com seu respectivos ACS.

A USF Bela Vista possui 3.831 pessoas e 1.104 famílias cadastradas, tendo nove ACS e suas respectivas microáreas.

USF Marita Amâncio tem uma população 4.326 pessoas, com 1.256 famílias cadastradas, com total de oito microáreas acompanhadas por seus ACS.

A USF Viriato Lobo possui seis microáreas e com seus respectivos ACS, com uma população total de 3.357 pessoas e 988 famílias cadastradas.

A tabela 6 indica as unidades que estão ou não em conformidade, pela PNAB (2012), utilizamos o teto máximo de 4.000 estabelecido pela política em vigor, as unidades

indicadas por “SIM” necessitam de adequação.

UNIDADE	Nº DE FAMÍLIA	Nº DA POPULAÇÃO	p < 4.000*
USF Fernando Queiroz I	910	3.204	NÃO
USF Fernando Queiroz II	1.094	3.688	NÃO
USF Urbis 2	1.581	5.213	SIM
USF Calabar/Urbis1	1.514	4.882	SIM
USF Bela Vista	1.104	3.831	NÃO
USF Marita Amâncio	1.256	4.326	SIM
USF Viriato Lobo	988	3.357	NÃO

*p< 4.000 = População maior que quatro mil (4.000), não está no padrão mínimo estabelecido pela PNAB (2012)

Tabela 6 – Unidades de Saúde do Distrito III - número populacional e de família.

Com a avaliação do DS III, com aporte da PNAB através da Portaria 648/GM (BRASIL, 2007) e a Portaria nº 2.355 do Ministério da Saúde, em relação à territorialização, além da vulnerabilidade, doenças referenciadas de cuidado continuado como diabetes e hipertensão arterial representada pelo coeficiente de prevalência³ do território adstrito, podemos observar que a USF Viriato Lobo e USF Dr. Fernando Queiroz I e II necessitam de ampliação das microáreas e conseqüentemente, criação de uma nova equipe da Estratégia de Saúde da Família. Conforme a gestão municipal, a ampliação está a caminho com a criação no início de 2015, da USF Zilda Arnes, que irá beneficiar as habitações do programa do governo federal (Minha Casa, Minha Vida), portanto, existe também a necessidade de desmembramento da USF Urbis 1 para o Distrito Sanitário IV, que possibilitará uma administração equilibrada entre os DS, para a gestão e supervisão.

A análise da figura 11.1 revela que a USF Dr. Fernando Queiroz I e II têm uma prevalência elevada de hipertensos e diabéticos, necessitando a criação de microáreas para atuação de novos ACS, pois os usuários de doenças crônicas precisam ser melhor assistidos. A USF Urbis 2 necessita ter ampliado o seu porte de I para porte II, pois ultrapassou o teto permitido pela PNAB, o que permitirá a criação de uma nova equipe respaldada também pela Portaria nº 2.355.

3 Coeficiente de prevalência calculado (número de casos de determinada doença em um dado local e período, / população do mesmo local e período x 10⁰).

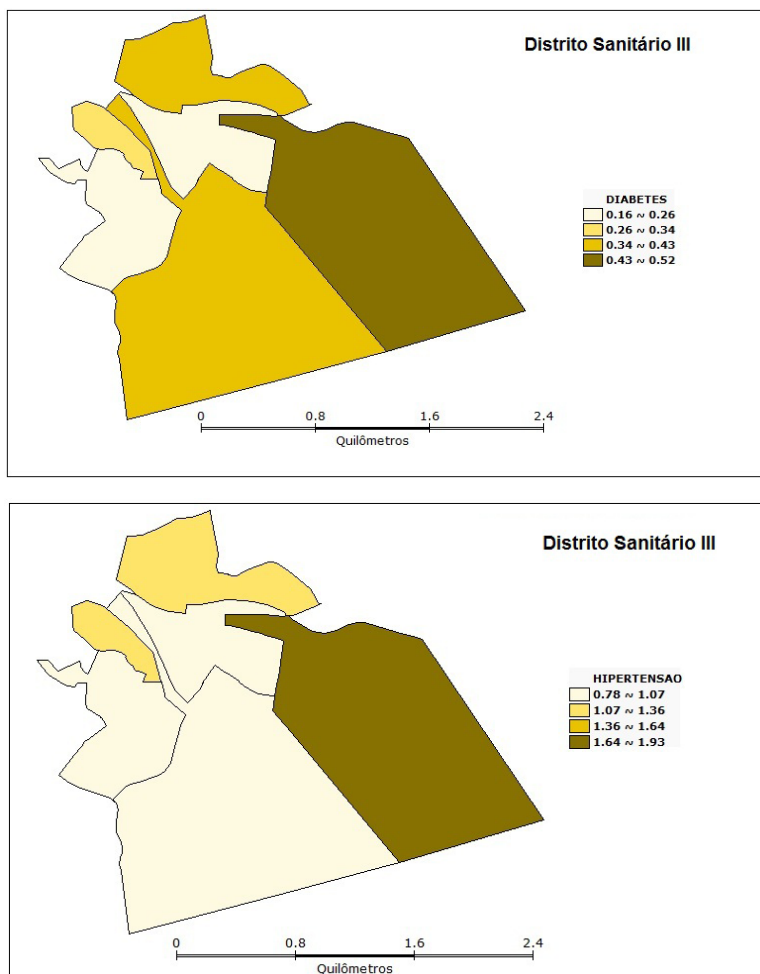


Figura 11.1 – Prevalência de Diabetes e Hipertensão Arterial do Distrito Sanitário III, 2014.

Fonte: Elaborado pelo autor.

3.4 O Distrito Sanitário IV

O Distrito Sanitário IV (DS IV) é formado por cinco Unidades de Saúde da Família (USF), figura 12, todas sendo de porte I, dentre as quais apenas uma única unidade com sede própria.

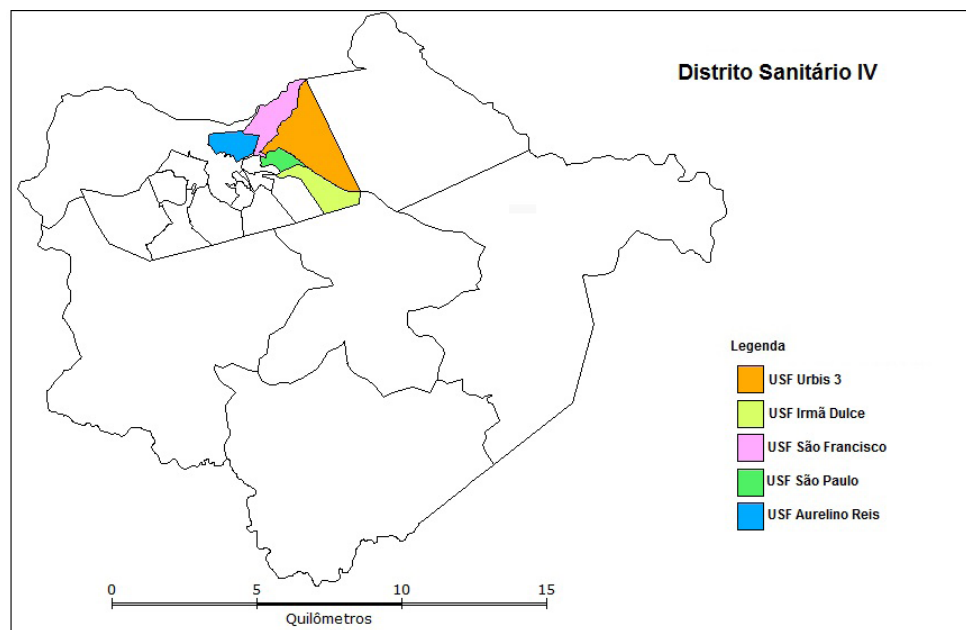


Figura 12 – Divisão atual do Distrito Sanitário IV do município de Santo Antônio de Jesus

Fonte: Elaborado pelo autor.

A USF Urbis 3 é uma unidade própria, com infraestrutura adequada para atender a demanda, possuindo nove microáreas sendo acompanhada pelos seus respectivos ACS, com uma população total de 6.146 pessoas e 1.803 famílias acompanhadas. A USF Irmã Dulce possui seis microáreas, com um total de 913 famílias acompanhadas e população de 3.175 pessoas. A USF São Paulo tem um total populacional de 5.661 pessoas, com 1.743 famílias cadastradas, está dividida em dez microáreas acompanhada por seus respectivos ACS.

A USF Aurelino Reis possui atualmente sete microáreas, e sete ACS com uma população total de 3.794 pessoas e 1.127 famílias cadastradas. A USF São Francisco tem atualmente uma população 6.178 pessoas e 1.814 famílias cadastradas, com 11 microáreas e seus respectivos ACS.

A tabela 7 indica as unidades que estão ou não em conformidade, pela PNAB (2012), utilizamos o teto máximo de 4.000 estabelecido pela política em vigor, as unidades indicadas por “SIM” necessitam de adequação.

UNIDADE	Nº DE FAMÍLIA	Nº DA POPULAÇÃO	p < 4.000*
USF Urbis 3	1.803	6.146	SIM
USF Irmã Dulce	913	3.175	NÃO
USF São Paulo	1.743	5.661	SIM
USF Aurelino Reis	1.127	3.794	NÃO
USF São Francisco	1.814	6.178	SIM

*p< 4.000 = População maior que quatro mil (4.000), não está no padrão mínimo estabelecido pela PNAB (2012)

Tabela 7 – Unidades de Saúde do Distrito IV - número populacional e de família.

Na avaliação do DS IV considerando as determinações da PNAB conforme as Portarias 648/GM (BRASIL, 2007), e a nº 2.355 do Ministério da Saúde, de imediato podemos identificar três unidades que estão acima do teto máximo de número de pessoas por equipe colocado pela resolução, são as USF's Urbis 3, São Paulo e São Francisco, necessitando de um novo planejamento. Com a expansão urbana em Santo Antônio de Jesus e conseqüentemente o crescimento populacional, existirá a todo o momento a necessidade de adequação ou criação de novos territórios para a Estratégia de Saúde da Família, sendo o ponto chave, o monitoramento anual dessa expansão.

Portanto, existe a necessidade da ampliação das USF, a exemplo da unidade Urbis 3, que deveria ser ampliada para o porte 2, ou seja, passar a contar com duas equipes de Saúde da Família. A USF São Paulo também se encontra em processo de conclusão da obra de sua sede própria onde será estruturada com porte 2. E a USF São Francisco necessita também de ampliação de sua equipe, além de redistribuição de suas microáreas e efetivação de mais Agentes Comunitários de Saúde.

A análise de vulnerabilidade em relação a doenças referenciadas de cuidado continuado, diabetes e hipertensão arterial, representada pelo coeficiente de prevalência⁴, (conforme figura 12.1) mostra maior coeficiente nas USF São Paulo e USF Urbis 3, que necessitam de ampliação.

4 Coeficiente de prevalência calculado (número de casos de determinada doença em um dado local e período, / população do mesmo local e período x 10⁰).

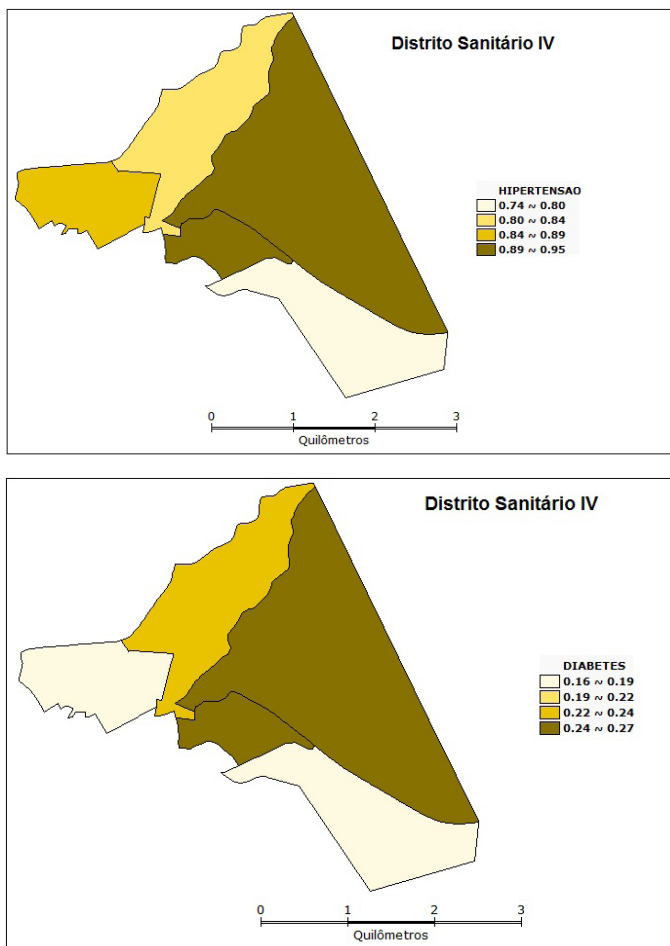


Figura 12.1 – Prevalência de Diabetes e Hipertensão Arterial do Distrito Sanitário IV, 2014.

Fonte: Elaborado pelo autor.

4 | PROPOSTA DE ADEQUAÇÃO

Conforme estudo e análise dos dados e do território, apresentaremos propostas de adequação para a territorialização, conforme critérios da acessibilidade, vulnerabilidade, abrangência geográfica, estabelecidos pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e Resolução 2.355.

De acordo com a PNAB (2012), cabe ao município elaborar a proposta de implantação e expansão das Estratégias de Saúde da Família no seu território. Essa proposta se materializa em documento produzido pelos gestores locais e nele deve constar, entre outros elementos, o território a ser coberto, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento (planejamento territorial) das áreas e microáreas” (BRASIL, 2007). Portanto, os resultados mostraram a

necessidade deste planejamento em Saúde no município de Santo Antônio de Jesus.

A territorialização em saúde proposta deve ser processual, sendo sua modelagem influenciada pela dinâmica da sociedade em relação às barreiras geográficas, culturais, funcionais e econômicas. Com relação às barreiras geográficas, podemos citar a dificuldade para atravessar um rio, ou uma BR, até mesmo a passagem de um morro. Em relação à barreira funcional identificamos casas de usuários distantes da unidade de saúde e falta de transporte público para locomoção. Com relação às barreiras econômicas, identificou-se as precárias condições de vida presentes em áreas carentes ou marginalizadas.

Para Faria (2012), a proposta de se definir áreas de atuação dos serviços de Atenção Primária impõe uma intervenção prática e como tal deve estar sujeito à avaliação e reformulação, sempre que necessário. Um dos grandes riscos em qualquer proposta de planejamento e gestão do território é pensá-lo apenas como forma, como matéria, esquecendo-se o conteúdo social que lhe dá vida, tornando assim um território sem vida e representações.

Qualquer proposta de adequação do território tecnicamente planejado e suas intervenções na realidade estará sempre sujeito a certas imperfeições. Certamente, tal intervenção estará à dependência do método e, dada a complexidade da realidade, dificilmente se produzirá um método suficientemente abrangente para resolver todos os problemas e todas as questões (MORIN, 2002).

Sobre esse aspecto Faria (2012, p. 170) afirma que

[...] no estabelecimento de limites de atuação das unidades de atenção primária à saúde isso é ainda mais delicado, dado o fato de se estar lidando diretamente com a vida das pessoas. Evidentemente, todo limite integra, mas também divide, condiciona e, em alguns casos, exclui. O território pode gerar tanto o acesso, quanto o seu contrário.

Colocaremos em pauta propostas de adequações mostrando tematicamente um novo modelo de mapeamento e dos limites territoriais das Equipes de Saúde da Família. Limites estes, invisíveis, para necessidades de urgências e emergência dos usuários em saúde, mas, ao mesmo tempo, limites de organização territorial e de referência (pertencimento) dos usuários ao seu atendimento e atuação das equipes.

Na proposta de adequação para o Distrito Sanitário I, (posta na figura 13), foi enquadrado como predominantemente de área rural, pois entendemos que existe diferenças na acessibilidade, vulnerabilidade e barreiras geográficas distintas em relação a área urbano. Da mesma forma, propomos a retirada da USF Gerado Pessoa Sales do DS I, pois não apresenta características de área rural. Sugerimos ampliação na área da USF Cocão, redistribuindo a área rural que estava na UBS Centrosaj do Distrito Sanitário II. Também reorganizamos os demais territórios como as USF's Boa Vista, Esperança e Alto do Morro que tinham microáreas mais próximas de unidades distintas. Ratificamos que essa proposta só poderá ser efetivamente colocada em prática depois da efetivação

de novos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por meio de concurso público, pois em específico a área rural necessita de ACS pela existência de nova microárea.

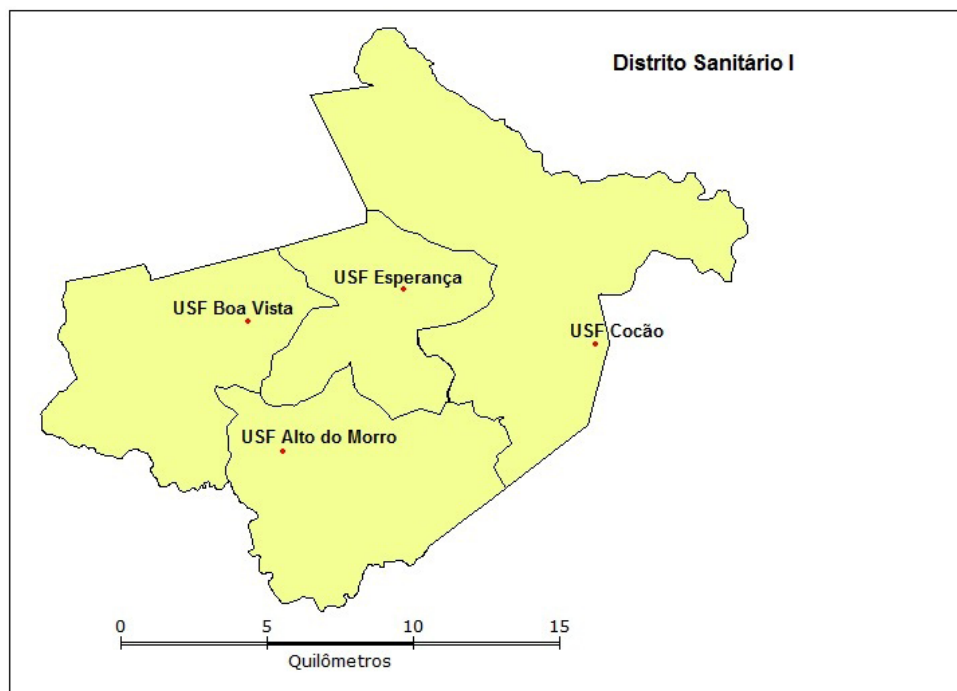


Figura 13 – Proposta de adequação do Distrito Sanitário I

Fonte: Elaborado pelo autor.

No Distrito Sanitário II (Figura 14) foi realizada a inclusão da USF Geraldo Pessoas Sales, sendo também ampliada territorialmente pela expansão urbana na localidade. É importante frisar que a ocupação do solo da área da USF Geraldo Sales se fez em sua maior parte de forma irregular, um espaço marcado pela deficiência e pela carência social. Na UBS Centrosaj houve remoção da área rural conforme mostrava o mapa anterior, pela necessidade de apresentar distintas características do espaço urbano. Faria (2008) destaca que o diagnóstico territorial urbano permite evidenciar áreas de usos diferenciados onde a vida se desenvolve e a saúde pode ser pensada. Ao definir a territorialização de uma área, a saúde pública pode adequar suas ações para que sejam condizentes à realidade local. Portanto é essencial buscar o perfil do território de usos diferentes, principalmente considerando características rurais e urbanas que apresentem distintas necessidades.

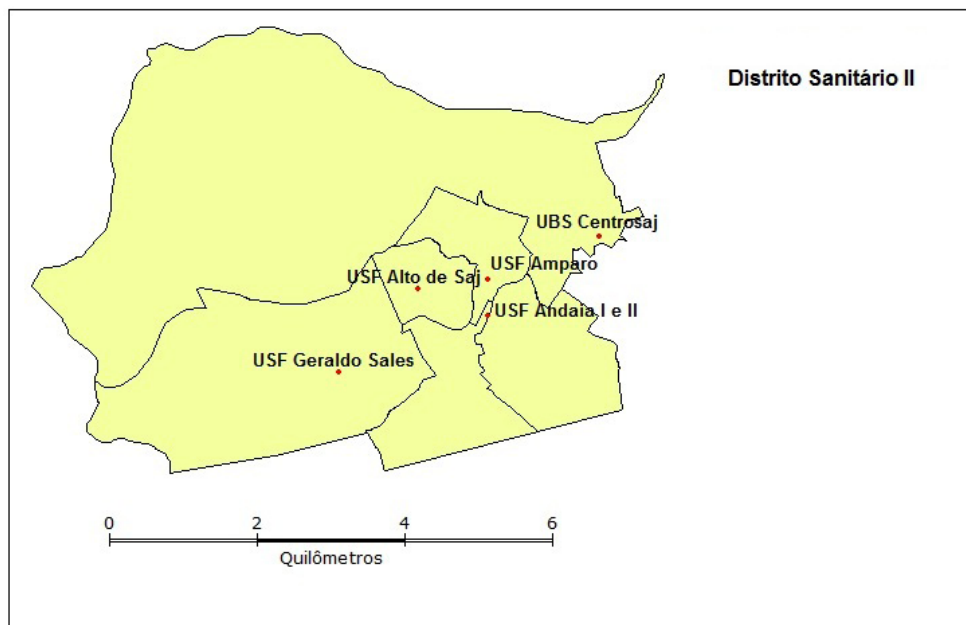


Figura 14 – Proposta de adequação do Distrito Sanitário II

Fonte: Elaborado pelo autor.

O Distrito Sanitário III é a área de mais necessita de mudanças, ou seja, proposta de adequação. Primeiramente houve o remanejamento da área da USF Calabar/Urbis 1 para o Distrito Sanitário IV; também ocorreu a divisão de uma pequena área da USF Dr. Fernando Queiroz I e II, para complementar o território-área da USF Zilda Arns, além da ampliação do território das USF's Urbis II, Viriato Lobo, Bela Vista e Marita Amâncio.

Planejar e programar um território específico exige um conhecimento das formas de organizações e de atuação dos órgãos governamentais e sociais para se ter clareza do que é necessário ser feito. É importante o dialogo com todos os envolvidos como representantes de governo e das comunidades e usuários, na busca de desenvolver ações efetivas (BRASIL, 2008) a exemplo do planejamento territorial.

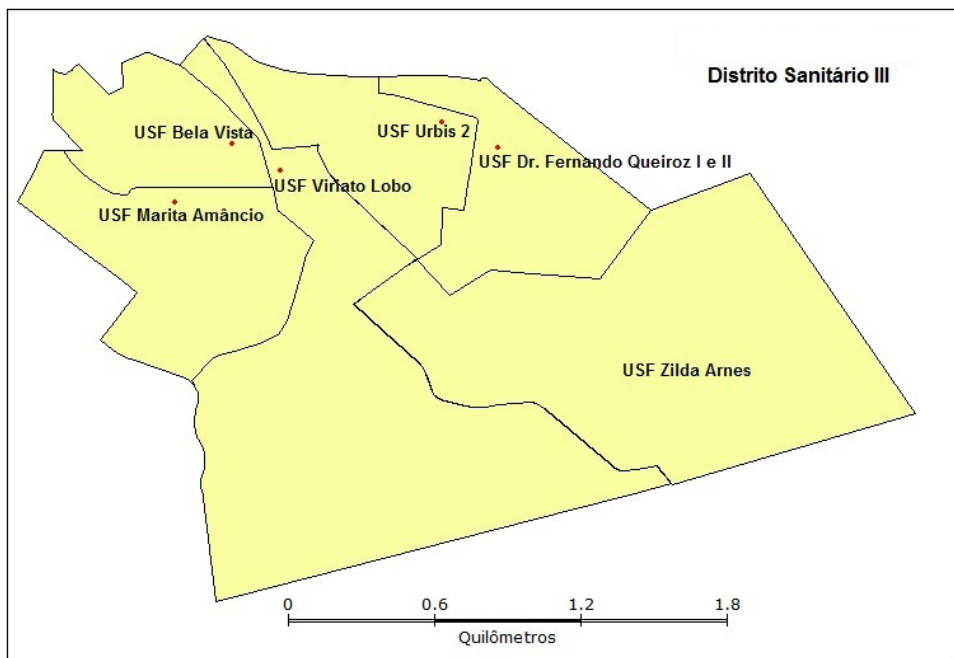


Figura 15 – Proposta de adequação do Distrito Sanitário III

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na proposta de adequação do Distrito Sanitário IV fez-se a inclusão da área territorial da USF Calbar/Urbis 1 pela necessidade da organização gerencial. Visualizando a figura 16, percebe-se que houve ampliação nos territórios da USF's São Francisco, Irmã Dulce, Aurelino Reis e São Paulo, além da diminuição do território-área da Urbis 3 que concentra uma área com maior densidade populacional. Essas mudanças do território-área das Unidades de Saúde do município têm contribuições dos Agentes Comunitários de Saúde, com uma visão profissional, e de usuários por pertencerem à comunidade em que os ACS atuam. Foram feitas também proposta de mudança nas visitas às localidades com mais dificuldades para acessibilidade dos usuários.

Este trabalho pode ser complexo na sua efetivação da territorialização, pois existem várias sugestões para ordenar o espaço do território-área das unidades de saúde, como ouvir os usuários em relação a sua acessibilidade para sugerir novas intervenções. Não estamos aqui propondo uma receita pronta, concreta e engessada. E sim, uma organização através de estudo da dinâmica espacial e da gestão na saúde, portanto, uma prática simplificada do manejo territorial dos problemas e dos serviços de saúde.

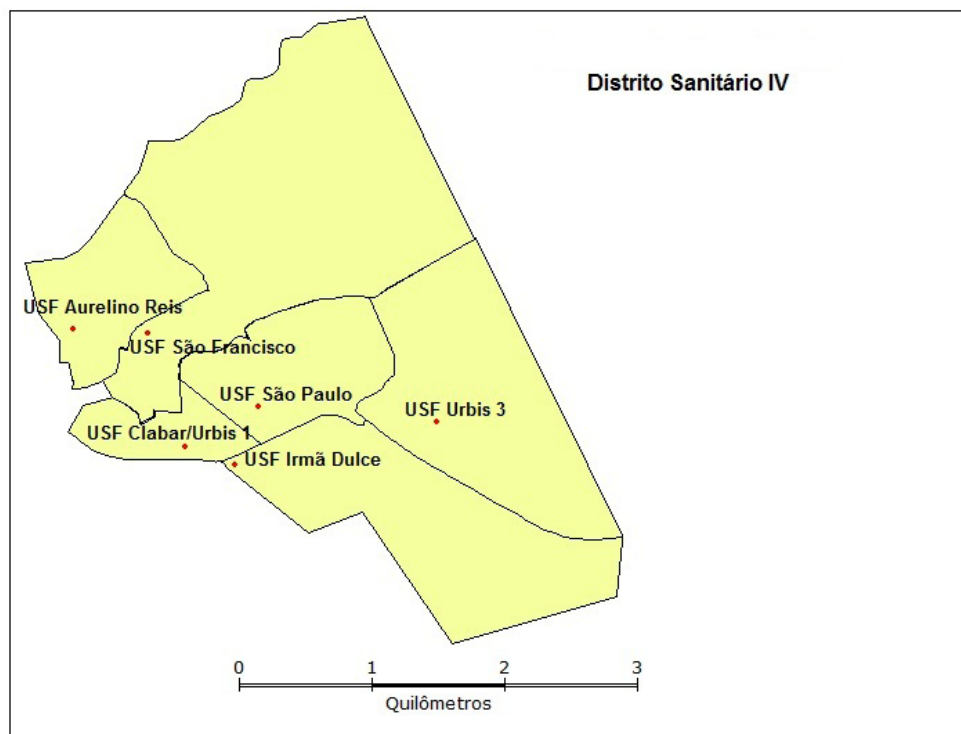


Figura 16 – Proposta de adequação do Distrito Sanitário IV

Fonte: Elaborado pelo autor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A territorialização embora seja uma técnica de organização, sempre apresenta um cunho político como ocorre nos planejamentos dos serviços de saúde. Em que pese existirem consignações dadas pelas duas esferas de governo, Federal e Estadual, para a territorialização em saúde, o município tem autonomia para lapidar os desenhos territoriais, prevalecendo as características próprias do território e de sua população.

A territorialização da saúde é aqui colocada com um modo de conhecer o território e intervir sobre ele, de forma ordenada, planejada, podendo ser executada para favorecer a população e para a gestão dos serviços. Entretanto, a territorialização neste trabalho foi avaliada somente na Atenção Primária à Saúde, de uma demanda organizada e de um território adstrito.

Entender que o planejamento territorial em saúde tem uma atribuição e que revela a territorialização como organização e instrumentalização para o planejamento, mostra a importância deste estudo para a gestão em saúde.

A perspectiva aqui abordada girou em torno da problemática geográfica da delimitação dos territórios e seus limites de atuação e gestão dos Distritos Sanitários e Unidades de Saúde da Família (ou Equipe de Saúde da Família). Colocando os problemas teóricos e práticos da territorialização, buscou-se traçar caminhos diferentes em relação aos serviços da APS. Uma inversão da territorialização, não trata de criar territórios, mas de conhecer e se adaptar aos territórios já existentes (FARIA, 2012). Para tanto, o ponto de partida é reconhecer os perfis do território tanto rural como urbano para depois adaptá-los aos serviços.

Conhecer a estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde e seu quadro de funcionários mostrou a potencialidade e fragilidade que Atenção Primária a Saúde exerce na rede. A exemplo de profissionais não efetivos, que são capacitados ao longo de uma gestão, exerce qualificadamente sua função, mas, com mudança de governo municipal é quebrado o vínculo e a continuidade do serviço. Isso é comum com profissionais enfermeiros que exercem o papel de gerentes das unidades de saúde, sendo também os corresponsáveis pela organização territorial de sua unidade, perde então a função ao deixar o cargo, ou seja, são demitidos, pois não tem vínculo efetivo.

Com relação à construção dos mapas, houve dificuldade na delimitação das áreas, como: dificuldade de identificação das áreas urbanas e rurais e suas subdivisões conforme atuação dos ACS; dificuldades de encontrar os endereços conforme cadastro dos Correios; e divisões de microáreas desordenadas e microáreas sem acompanhamento de ACS.

A avaliação relativa ao funcionamento dos Distritos Sanitários mostra fragilidades em vários pontos do planejamento territorial em saúde. Os mapas temáticos elaborados com a coleta de dados e a análise da base cartográfica do município revelam de como é realizado os serviços e como é necessário organizá-los.

Os mapas temáticos de Prevalência de Diabetes e Hipertensão Arterial discutido neste trabalho tiveram como objetivo mostrar os impactos na assistência dos serviços de saúde.

A contribuição da gestão municipal neste momento é indispensável para melhoria e continuidade do serviço. Para isso, planejar o território necessita também de mão de obra qualificada, ou seja, de quadro efetivo para profissionais de nível superior e de nível médio, tanto os envolvidos nas equipes, como os profissionais da gestão em Atenção Primária à Saúde. Reforçamos ainda que é indispensável o Geógrafo na territorialização em saúde.

Outra importante observação no trabalho refere-se à proposta de mudança da nomenclatura: Coordenação Técnica de Distrito Sanitário; para Coordenação da Atenção Básica à Saúde, pois a atual, não define sua função delimitada a Atenção Primária à Saúde, e sim amplia para a Vigilância à Saúde.

Por fim, ressalta-se que o processo de territorialização em saúde não é fácil e nem rápido, exige tempo e planejamento para sua efetivação. E, tentando contribuir para o início deste processo, este trabalho será apresentado para a atual gestão em saúde do município de Santo Antônio de Jesus, podendo servir como um novo modelo de planejamento territorial da Secretaria Municipal de Saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V; **TERRITÓRIO USADO E SAÚDE**: Respostas do Sistema Único de Saúde à situação geográfica de metropolização em Campinas-SP. 2006. 153 f. Teses (Doutorado em Geografia Humana) – Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ALYRIO, R.D. **Metodologia Científica**. Rio de Janeiro: PPGEN/UFRRJ. 2008.

ALMEIDA, S.E., CASTRO, G. J.C., LISBOA, A.C. **Distritos Sanitários**: concepção e organização. São Paulo: EDUSP, 1998, 238 p.

ANDRADE, M.M. **Como preparar trabalhos para cursos de pós graduação**. 4 ed. São Paulo: Atlas. 2001, p. 118.

BAHIA. Governo do Estado da; Secretaria Estadual de Saúde. Resolução nº 275/2012, 19 de junho de 2012. Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais. **Diário Oficial do Estado**. Poder Executivo, Salvador: Governo do Estado da Bahia, 19 jun. 2012. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/docs/RESOLU%C3%87%C3%83O%20275_15.08.2012_Aprova%20Regi%C3%B5es%20de%20Sa%C3%BAde%20e%20CIR.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2014.

BERTOLOZZI, Maria Rita e organizadores. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.43, p.1326-30.2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000600031&script=sci_arttext>, Acesso em: 10 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, p. 114. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acessado em: 28 out. 2013.

_____. **Abordagens espaciais na Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 139.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. p.148.

_____. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à descentralização. **Regionalização solidária e cooperativa**: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c, p. 44.

_____. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde. 2000, p. 44.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997, p.36.

_____. Secretaria Vigilância à Saúde no SUS. Série B – **Capacitação e Atualização em Geoprocessamento em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006, p. 136.

_____. **Sistema de Planejamento do SUS**: uma construção coletiva: instrumentos básicos. Brasília: Ministério da Saúde. 2009, p. 60.

_____. **Gestão municipal de Saúde**: textos básicos. Brasília: Ministério da Saúde. 2001. 344 p.

_____. **Temático Saúde da Família**. Brasília Organização Pan-Americana da Saúde. 2008, p. 56. (Painel de Indicadores do SUS, 4).

_____. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, p.480.

_____. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. São Paulo: **Revista dos Tribunais**. 1989.

_____. Lei nº 8.080, de setembro de 1990. Dispõe sobre condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: Poder Executivo. 20 set. 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 05 out. 2013.

_____. Lei nº 8.142, de 28 dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: Poder Executivo. 28 dez. 1990b Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 04 jan. 2014.

_____. Lei nº 11.350 de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: Poder Executivo. 05 out. 2006. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm>. Acesso em: 04 jan. 2014.

_____. Portaria nº 399, de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**. Brasília: Poder Executivo. 22 fev. 2006. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 05 out. 2013

_____. Portaria nº 2.488, de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**. Brasília: Poder Executivo. 21 out. 2009. Disponível em: < <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html> >. Acesso em: 05 out. 2013.

_____. Portaria nº 2.355, 10 de outubro de 2013. Altera a formula de teto máximo das equipes de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**. Brasília: Poder Executivo. 10 out. 2013. Disponível em: < <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2355.html> >. Acesso em: 06 Fev. 2014.

CARVALHO, G. & MEDEIROS, J. Redes assistenciais no SUS – financiamento e alocações. In: SILVA, S.F. (Org.). **Redes de atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS**. Campinas: Saberes Editora, 2013, p.118 - 158.

CARVALHO, N.M. **Os Territórios da Saúde e a Saúde dos Territórios**: discutindo o processo de territorialização em saúde a partir do caso de um serviço de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre, RS. 2003. 155 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. 1986. **Anais**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1986. p. 438.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE (1). 1986. Canadá: Carta de Ottawa. 1986. p. 4.

FARIA, R.M. **A Territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde**: Perspectiva de Adequação aos Perfis do Território Urbano de Pouso Alegre - MG. 2012. 337 f. Tese (Doutorado em Geografia) - Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

_____. **Território Urbano e o Processo Saúde-Doença**: Perfil territorial da saúde no São Geraldo em Pouso Alegre - MG. 2008. 166 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

FONSECA, J.E. **Utilização de um Sistema de Informações Geográficas (SIG) na Organização de Ações em Programas de Saúde da Família**. 2011. 116 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

GIOVANELLA, L., et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária de cuidados de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783–94, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300014&script=sci_arttext>. Acesso em: 8 nov. 2013.

GONDIM, M.G., et al. O Território da Saúde: A organização do sistema de Saúde e a territorialização. **Escola de Saúde Pública**, Paraná, 20 p. [entre 2000 e 2012] Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf> Acesso em: 25 ago. 2013.

GRANDO, S.H. **A Territorialização em Saúde como instrumento para a vigilância em saúde na comunidade Vila do Arvoredo**. 2011. 174 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Socioambiental) – Centro de Ciências Humanas e Educação, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis.

HAESBAERT, C.R. Desterritorialização, multiterritorialidade e regionalização. In: LIMONAD, E. (Org.). **Brasil Século XXI - Por uma nova regionalização?** São Paulo: Max Limonad, 2004. 1, p. 13 – 26.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Censo Demográfico de 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 09 out. 2013.

MENDES, V.E. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec Abrasco, 3ª edição. 1995. p. 311

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, 1986. Disponível em: www.opas.org.br/coletiva. Acessado em: 10 de outubro de 2010.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Renovação da atenção primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da organização Pan americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. Washington, p.29, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2013.

PAIM, J.S & ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p.720.

PAIM, J.S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. **Revista Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro, p.455-466, 1994.

_____ et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Estados Unidos, v. 377, p. 1778–97, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 7 nov. 2013.

PEREIRA, M. P.B. O Território no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, p. 47-59, 2006. Disponível em: < <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16847> >. Acesso em: 05 out. 2013.

PEREIRA, R.R. Planejamento Territorial: suas implicações para a promoção da saúde e da Justiça Ambiental. **Revista GEOUSP- Espaço e Tempo**, São Paulo, p. 19 – 27, 2009. Disponível em: <<http://citrus.uspnet.usp.br/geousp/ojs-2.2.4/index.php/geousp/article/viewArticle/122> >. Acesso em: 05 out. 2013.

PEREIRA, S. D. **Conceitos e definições da saúde e epidemiologias utilizadas na vigilância sanitária**. São Paulo: SESP, 2007. p.33. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visu.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2014.

PICCININI, C.A. **A Saúde bate à sua porta**: estratégias de cuidado dos Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Básica. 2012. 88 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993, p. 269.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas. 1999, p. 334.

SANTO ANTONIO DE JESUS, Prefeitura Municipal de; Lei nº 1.120, de 12 setembro de 2011. Altera a Lei nº 1.112 de 30 de junho de 2011 e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**. Santo Antônio de Jesus: Poder Executivo, 12 set. 2011. Disponível em: <<http://www.santoantonio.dejesus.ba.io.org/diarioOficial>> . Acesso em: 4 jan. 2014.

SANTOS, L. Saúde: conceitos e atribuições do Sistema Único de Saúde. **Revista Jus Navigandi**. Teresina, v.9, n.821, p.4, 2005. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/7378/saude-conceito-e-atribuicoes-do-sistema-unico-de-saude>> Acesso em: 26 jan.2014.

SANTOS, M. **Espaço e Método**, Coleção “Espaços”. São Paulo: Nobel, 1985. p.88. ISBN 85: 213-294-0 911.5

_____. Alguns problemas da contribuição marxista à geografia. In: SANTOS. M. (Org.) **Novos rumos da geografia brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1988, p. 224. ISBN 131-134 918.1

_____. **A natureza do espaço** – Técnica e tempo. Razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 260. ISBN 85-314-0713-3

_____. **Papel ativo da geografia: um manifesto**. Revista Território, n. 9, p. 103-109, 2000.

_____. **Por uma geografia nova**: da crítica da geografia a uma geografia crítica. São Paulo: Hucitec, 2002, p.285.

_____. **Da Totalidade do Lugar**. São Paulo: Edusp, 2005.

SAQUET, Marcos Aurélio. **Abordagens e Concepções de Território**. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

_____. Por uma abordagem territorial. In: SAQUET, M.; SPOSITO, E. S. **Território e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. São Paulo: Expressão Popular, 2009, p. 73-94.

_____. Por uma abordagem territorial das relações urbano-rurais no Sudoeste paranaense. In: SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão; WHITACKER, Arthur Magnon (org.). **Cidade e campo: relações e contradições entre urbano e rural**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

SILVA, S.F. & MAGALHÃES-JUNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S.F. (Org.). **Redes de atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS**. Campinas: Saberes Editora, 2013, p.75 - 90.

SILVA, S.F. (Org.). **Redes de atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS**. Campinas: Saberes Editora, 2013, p.249.

SOUZA, M.L. O território: sobre o espaço e o poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, I. N. (Org.). **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand, 2000. 3, p. 77 – 116.

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

STEINBERGER, M. **Território, ambiente e políticas públicas espaciais**. Brasília: Paralelo 15 e LGE Editora, 2006, p.408.

TEIXEIRA, C. F. (Org.) **Planejamento em saúde**: conceitos, métodos, experiências. Salvador: EDUFBA, 2010, p.161. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6719/1/Teixeira%2c%20Carmen.%20Livro%20Planejamento%20em%20saude.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2013.

_____. et al. O Contexto Político-Administrativo da Implantação de Distritos Sanitários no Estado da Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 79 – 84, 1993. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n1/08.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2014.

TEXEIRA, C.F. & MELO, C. **Construindo Distritos Sanitários**. A experiência da cooperação italiana no município de São Paulo. São Paulo: Editora Hucitec, 1995, p. 108.

UNGLERT, Carmem Vieira de Souza. **Territorialização em saúde**: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente. São Paulo: Tese de livre docência, Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo, 1995. p. 221.

VERGARA, S.C. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas. 2009. p. 94.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ EPJV/PROFORMAR, 2004. p. 68.

ISMAEL MENDES ANDRADE - Bacharel em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Licenciado em Geografia pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e Licenciado em Pedagogia pela Faculdade de Ciências de Wenceslau Braz (FACIBRA). Mestre em Planejamento Territorial pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e Doutor em Ensino, Filosofia e História das Ciências pela Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Possui curso de especialização nas áreas da Educação e da Saúde e Aperfeiçoamento em Processos Educacionais na Saúde e, em Gestão de Programas de Residência Médica do SUS, ambos pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês. Diretor de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde do município de Presidente Tancredo Neves, Bahia. Pesquisador do grupo DNAA - Estudos sobre Degradação dos Recursos Naturais, Agricultura e Ambiente da UNEB - Campus V.

TERRITORIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

Avaliação e perspectivas no Recôncavo da Bahia

www.arenaeditora.com.br 

contato@arenaeditora.com.br 

[@arenaeditora](https://www.instagram.com/arenaeditora) 

www.facebook.com/arenaeditora.com.br 

TERRITORIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

Avaliação e perspectivas no Recôncavo da Bahia

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 