

O TERRITÓRIO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

THE TERRITORY IN FAMILY HEALTH PROGRAM

Martha Priscila Bezerra Pereira
Doutoranda em Geografia, FCT/ UNESP, Bolsista CAPES
mpbcila@yahoo.com.br

Christovam Barcellos
Pesquisador do Departamento de Informações em Saúde/ CICT/FIOCRUZ
xris@cict.fiocruz.br

RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF) tem se configurado como um dos mais importantes referenciais da organização da Atenção Básica no Brasil. A adscrição de clientela, mencionada pelo programa como uma grande inovação desse modelo, tem suscitado o debate sobre o conceito de território. Este artigo busca reaver o conceito de território e suas relações com a saúde coletiva através de uma revisão bibliográfica, bem como sua incorporação na prática de trabalho através da análise de documentos oficiais do PSF. Foi possível observar que o entendimento sobre o conceito de território varia nos âmbitos federal, estadual e municipal, assim como é diferenciado dentro da própria Equipe de Saúde da Família. Partindo do PSF, a transformação da realidade local está diretamente relacionada à multiterritorialidade, organizada através da intersectorialidade dentro da Secretaria da Saúde, entre a Secretaria da Saúde e outras Secretarias, e do poder municipal com a comunidade e outras instituições que abrangem escalas geográficas diferenciadas. A delimitação de áreas e microáreas de atuação, essencial para a implantação e avaliação do programa é, em geral, realizada com base apenas no quantitativo de população, sem considerar a dinâmica social e política, inerente aos territórios.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família, Adscrição, território.

ABSTRACT

The Family Health Program (PSF) has been configured as an important reference of health primary care organization in Brazil. The population adscription, mentioned by the program as a model innovation, raises the debate on the territory concept. This article aims to recover the concept of territory and the implications to public health through a literature review, as well as the analysis of official PSF documents. It was observed the different understanding of territory concept in federal, state and municipal scopes, as well as within the Family Health Team. Based on the PSF, the transformation of local reality is related to the recognition of multiterritoriality, organized through intersector actions inside of health secretaries, and among other secretaries, as well as in municipal government, community and other institutions referred to different geographical scales. The delimitation of coverage areas and microareas is considered an essential step for the program implementation and evaluation although is often executed based on population quantity, disregarding the social and political dynamics, inherent to territories.

Key-words: Family Health Program, adscription, territory

Introdução

A implantação de programas de saúde que possuem uma hierarquização desde o nível federal ao municipal tem permitido, tanto a elaboração de projetos que promovam o desenvolvimento local, quanto a utilização de conceitos e ferramentas inerentes à geografia no sentido de planejar a territorialidade de políticas públicas, de equipamentos e ações.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi proposto em 1994 como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, baseada no trabalho de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada, através de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes.

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho do PSF. Essa tarefa adquire, no entanto, ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência.

No caso do PSF, percebe-se a preocupação em operacionalizar o conceito de território, sem, no entanto, uma discussão sobre os seus múltiplos sentidos. Esta lacuna pode ser constatada pela pequena participação de geógrafos em todos os níveis desse programa. Quando se considera um determinado local delimitado pelo PSF pode-se falar de uma configuração territorial que tem determinados atributos. Essas características, naturais ou elaboradas pelo homem, dão feição ao ambiente, que por sua vez influi no processo saúde-doença da população. O reconhecimento dessa relação é um passo importante para a incorporação de conceitos e práticas da geografia no PSF. O território, neste caso, seria mais que um depósito de atributos da população, mas também o lugar da responsabilidade e da atuação compartilhada. No entanto, segundo levantamento realizado por entrevistas, os técnicos do PSF vêem a comunidade como um aglomerado "amorfo, indistinguível, desorganizado" (PEDROSA e TELES, 2001).

Diante desse quadro de referência, este artigo busca reaver o entendimento de território dentro do PSF. Na primeira parte buscou-se recuperar os conceitos de território e sua utilização na Geografia e nas ciências da saúde através de sua aplicação nas políticas públicas de saúde no Brasil. Na segunda parte procurou-se verificar o entendimento de território na prática de trabalho do PSF na esfera gestora e técnica.

Metodologia

Para viabilizar este estudo foi necessário, inicialmente, recuperar as principais perspectivas existentes sobre o conceito de território. Escolhemos a visão de Haesbaert (2004a), a qual foi aproveitada como ponto de partida para a discussão. Foi realizada revisão bibliográfica sobre o uso do conceito de território em artigos publicados sobre o PSF verificando como o aproveitamento desse conceito se reflete na concepção de espaço geográfico, que denominamos neste artigo de "cartografia do PSF".

O território e a multiterritorialidade

O termo território pode ser associado a pelo menos duas origens: a primeira significa "terra pertencente a", ou seja, *terri* (terra) e *torium* (pertence a), de origem latina; a segunda, associada à primeira, *terreo-terror* (aterrorizar- aquele que aterroriza) designou a concepção política de quem aterroriza para dominar e de quem é aterrorizado pelo

domínio de uma determinada porção do espaço (HAESBAERT, 2004b; MESQUITA, 1995). Inicialmente foi utilizado na Grécia para denominar as cidades-estados da Grécia clássica e na Itália reaparece para descrever as jurisdições das cidades medievais italianas (MESQUITA, 1995).

De acordo com Haesbaert (2004a) essas duas origens, ainda que consideradas por alguns estudiosos como duvidosas, perpassam os conceitos de território utilizados tanto pelo senso comum como pela ciência. Trata-se de um termo interdisciplinar e polissêmico, por vezes relacionado com a Biologia (etologia), Ciência Política (Estado), Antropologia (territorialidade), etc que, desde sua origem etimológica até a prática de seu uso, está diretamente relacionado com relações de poder. Todavia é necessário observar que nem toda relação de poder é territorial ou inclui territorialidade. Como exemplo podemos citar Claval (1979) que apresenta dois tipos de relações de poder: do homem sobre a natureza e dos homens sobre os homens.

No primeiro caso, o autor afirma que a partir do uso da técnica o homem teve condições de modificar progressivamente o meio até os dias atuais, o que nas palavras de Milton Santos (1997) seriam os meios técnico, técnico-científico e finalmente o meio técnico-científico-informacional. No segundo caso, Claval (1979) apresenta diferentes relações de poder: a) poder puro ou absoluto (um manda e o outro obedece); b) poder de submissão (relação tradicional entre chefe e empregado); c) poder de desigual (acordos entre patrão e empregado como o dissídio coletivo); e d) dominação inconsciente (ocorre num grupo hierarquicamente homogêneo, mas que dele emerge um líder). Nesse segundo tipo, apesar de existir uma relação de poder, não ocorre necessariamente uma territorialidade.

Embora não seja objetivo nosso adotar um único conceito de território, buscaremos ao longo do texto resgatar algumas dessas concepções para basear nossa análise, seja a partir de uma “estratégia espacial para atingir, influenciar ou controlar recursos e pessoas, pelo controle de uma área” (SACK, apud HAESBAERT, 2004b, p. 86) ou de influências humanas que interferem na maneira de se organizar o espaço geográfico.

Tendo como base esse entendimento podemos verificar como o conceito de território tem sido trabalhado na Geografia e de como o mesmo está sendo incorporado na prática do PSF. De acordo com Haesbaert (2004b) podem-se verificar algumas vertentes básicas das noções de território a partir de uma perspectiva parcial, integradora, relacional e multiterritorial.

A perspectiva parcial é a que percebe a territorialidade sendo exercida a partir de um ponto de vista apenas. Sendo assim, Haesbaert (2004b) nos aponta quatro vertentes utilizadas na Geografia: política, cultural, econômica e naturalista.

O olhar político (referente às relações espaço-poder em geral) ou jurídico-político (referente às relações espaço-poder institucionalizadas) refere-se a um espaço delimitado e controlado por relações de poder, geralmente o poder do Estado, que busca organizar o território com determinada finalidade.

A partir do olhar cultural ou simbólico-cultural o território é visto como produto da apropriação, da valorização simbólica de um grupo em relação ao espaço vivido. Esse grupo valoriza o espaço a partir de determinado significado individual e social.

Na vertente econômica o território é concebido enquanto dimensão espacial nas relações econômicas. Neste caso, o território passa a existir quando consiste em fonte de recursos e/ou incorporado no debate entre classes sociais e na relação capital-trabalho.

O território que surge a partir da visão naturalista é o que se baseia no entendimento exclusivo das relações entre a sociedade e a natureza, seja ela entre o homem e o

ambiente físico ou da relação comparativa do comportamento do homem e dos animais para exercerem a territorialidade. A configuração espacial resultante desta perspectiva parcial é formada por um conjunto de territórios isolados, como se em cada localidade fosse exercido apenas um tipo de territorialidade. Porém há necessidade de considerar outras perspectivas para aproximar-se do que ocorre na realidade vivida. Estamos nos referindo a perspectiva integradora, relacional e multiterritorial.

Na perspectiva integradora observa-se o território como revelador de parte ou de todas as dimensões sociais apresentadas anteriormente (política, cultural, econômica, naturalista). Busca-se entender esse território como surgido de forma articulada, conectada, integrada com outros territórios. Na perspectiva relacional é considerado que as relações social-históricas ocorrem no espaço em um determinado tempo, sendo o território fruto de uma relação complexa entre os processos sociais e o espaço material. Essa perspectiva nos possibilita entender o território como movimento, fluidez, interconexão, dando origem a processos como TDR (territorialização, desterritorialização e reterritorialização). A territorialização seria fruto de uma estratégia para tomar posse de um espaço geográfico, a desterritorialização seria o abandono espontâneo ou forçado da territorialização e a reterritorialização constitui-se na construção de uma nova territorialização, que não necessariamente ocorre na mesma localidade (HAESBAERT, 2004b).

Tal movimento aproxima a concepção de espaço-tempo ao fornecer à territorialidade uma mobilidade diacrônica (sucessão de tempos) e sincrônica (simultaneidade de lugares) (SANTOS, 1997). No entanto, é importante deixar evidenciado que tal processo está sempre se modificando, dando a idéia de que os eventos, embora não sendo os mesmos, são sempre parecidos em seus arranjos. Os fatores que influenciam esta mudança são de ordem ideológica, política, econômica ou social. Embora exista a tendência da predominância de uma delas, a depender do contexto histórico em que se dão as relações, estas se sobrepõem, dando a este processo um caráter de complexidade.

Tendo conhecimento dessas perspectivas devemos observar algumas considerações de Haesbaert (2004b): a) cada tipo de territorialização (parcial, relacional e integradora) possui um tipo de desterritorialização correspondente; b) A territorialização pode ocorrer numa área (território-zona), mas também pode ocorrer através do movimento, como por exemplo, a territorialização dos nômades (território-rede); c) A desterritorialização pode ocorrer com o deslocamento, mas também na imobilidade (por exemplo, com pessoas que vivem de forma precária e não têm condições de migrar do local onde vivem), porém ela não é total; e d) Cada ser humano e cada sociedade exercem mais de um tipo de territorialidade, ou seja, podem produzir e/ou habitar ao mesmo tempo em mais de um tipo de território.

A partir dessas considerações é possível entender a perspectiva da multiterritorialidade, conceito defendido por Haesbaert (2004b), que em linhas gerais pode ser concebida como um processo de reterritorialização constante, seja de uma área (território-zona) ou de uma série de áreas (território-rede) que o ser humano e as sociedades vivenciam contínua e simultaneamente. De acordo com o autor, a perspectiva da multiterritorialidade está mais próxima dos processos sócio-espaciais atuais. Cabe perguntar se esta perspectiva poderia ser utilizada pelo PSF e que concepções estão sendo utilizadas pelo PSF? Que critérios devem ser observados para obtermos essa visualização das práticas dos agentes do PSF em suas multiterritorialidades?

Território e organização de serviços e ações de saúde

Um dos entendimentos mais tradicionais de território é de que se trata de uma instância de poder (RAFFESTIN, 1993). Assim, as divisões territoriais utilizadas no SUS, tais como

o município, o distrito sanitário e a área de abrangência de serviços de saúde são áreas de atuação, de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político. Esse poder existente também é instituído através das redes de relacionamento humano que se constituem no espaço (GIDDENS, 1989).

Os Sistemas de Saúde também se organizam sobre uma base territorial, o que significa que a distribuição dos serviços de saúde segue a uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, que devem ser coerentes com os níveis de complexidade das ações de atenção. As diretrizes estratégicas do SUS (Lei 8080) têm uma forte relação com a definição do território. O município representa o nível inferior onde é exercido o poder de decisão sobre a política de saúde no processo de *descentralização*. Nesse território, as práticas de saúde avançam para a *integração das ações* de atenção, promoção e prevenção, de forma que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida das populações (MENDES, 1993). A organização desses serviços segue os princípios da *regionalização* e *hierarquização*, delimitando uma base territorial formada por agregações sucessivas como a área de atuação dos agentes de saúde, da equipe de saúde da família e a área de abrangência de postos de saúde.

Muito além de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, o território onde se verifica a interação população-serviços no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde (UNGLERT, 1993). Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção (MONKEN e BARCELLOS, 2005).

O território também é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças. O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde orientado por categorias de análise de cunho geográfico. Esse reconhecimento é realizado através da observação das condições criadas no espaço para a produção, circulação, residência, comunicação para o exercício da política e das crenças, para o lazer e como condição de vida (MONKEN e BARCELLOS, 2005).

Diante do exposto podemos pressupor que está ocorrendo de fato uma multiterritorialidade segundo o conceito de Haesbaert (2004b), conjugando a territorialidade do setor saúde como gestor de serviços com vistas à atenção, promoção e prevenção, com outras territorialidades locais, fruto de um conjunto de fatores que influenciam positiva ou negativamente no resultado final da qualidade dos serviços de saúde.

O entendimento de território na prática de trabalho do PSF

A partir do que vem sendo exposto, percebe-se que o entendimento de território por parte dos grupos de técnicos e usuários do sistema de saúde tende a influenciar a forma como esse território será incorporado à prática de suas ações. Dessa forma buscamos em alguns documentos evidências que apontam para a concepção de território inerente ao Programa de Saúde da Família, assim como suas contradições e similaridades.

Um dos termos largamente empregados para descrever a relação serviço-território-população é a *adscrição*, que diz respeito ao território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família - ESF (BRASIL, 1997). Esta relação é explicitada em documento

anterior (BRASIL, 1994) que trata da organização do programa, segundo o qual cada equipe teria a responsabilidade pela cobertura de uma área geográfica que contenha entre 800 e 1000 famílias.

Posteriormente (BRASIL, 1997), a adscrição é definida dentro do item “diretrizes operacionais” no qual as regras passam a ser mais flexíveis, devendo residir na área entre 600 e 1.000 famílias com o limite máximo de 4.500 habitantes. Além disso, recomenda-se considerar a “diversidade sóciopolítica, econômica, densidade populacional e acessibilidade aos serviços”, entre outros fatores, na adscrição da população e delimitação das áreas.

Já Costa Neto (2000), no caderno sobre atenção básica, recomenda, além do limite do número de famílias e de habitantes (a quantidade de famílias sob responsabilidade de um agente comunitário de saúde, ACS, deve se situar entre 20 e 250), considerações sobre a existência de outras territorialidades que podem promover uma maior ou menor adesão ao modelo de atenção básica do PSF.

A partir desses três documentos percebe-se que houve aprimoramento e detalhamento dos critérios a serem adotados para a implantação local do programa. O conceito de território variou de uma perspectiva parcial em sua vertente jurídico-política para uma perspectiva integradora, e até mesmo relacional, no caso de Costa Neto (2000). Dessa forma, o autor aponta os seguintes passos para a implantação de programas locais: cadastramento da comunidade com realização de entrevistas (com moradores, lideranças, etc.); consolidação das informações, identificação das microáreas de risco (fatores de risco e/ou barreiras geográficas ou culturais, indicadores de saúde muito ruins, etc.); elaboração de um plano de ação; mapeamento da área de atuação da ESF; programação das atividades da ESF e; acompanhamento e avaliação da ESF.

Na prática local do PSF, no entanto, perceberemos que dentre os critérios mencionados para a implantação das ESF somente é mencionado o limite de população (em torno de 2.400 a 4.500 pessoas), sem nenhuma informação concernente à flexibilização da adscrição por especificidades locais (PARAÍBA, 2002). Assim, percebe-se um descompasso entre as concepções adotadas pelo Ministério da Saúde e aquelas adotadas no nível estadual, que não consideram os contrastes e realidades sócioespaciais encontradas pelos agentes de saúde. Seria essa uma prática de todos os documentos a nível estadual? É uma questão a ser estudada.

A adscrição da população potencialmente usuária do serviço é preconizada, segundo os documentos oficiais, como um dos passos primordiais para a implantação da Unidade de Saúde da Família - USF. Implantada a USF, deve-se considerar as características locais para o aprimoramento do primeiro diagnóstico realizado no momento da implantação do programa no município.

Desta forma, novamente são consideradas as características e as territorialidades locais que possam ser impulsionadoras ou não do PSF. Essas territorialidades locais são consideradas na prática do programa?

Dos trabalhos consultados, poucos mencionam o conceito de território. Quando buscamos a opinião de um gestor (coordenador do Programa Qualis/PSF da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo em 1999), este menciona a necessidade do ACS trabalhar no sentido de organizar a população dentro do território, considerando que este território não é amorfo, mas possui uma estrutura, história, cultura e organizações, e, portanto, outras territorialidades que estão em conflito ou em acordo com essa nova territorialidade do Estado (CAPISTRANO FILHO, 1999).

Entre os técnicos, essa concepção multiterritorial não é um consenso, como podemos perceber através da idéia de alguns profissionais que trabalham numa ESF. Em Jequié – BA, uma enfermeira afirma ter consciência de que o PSF seria um novo modelo de atenção à saúde, uma vez que trabalha com um território delimitado e busca consolidar os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS (NASCIMENTO e NASCIMENTO, 2005).

Neste mesmo artigo é mostrada a transformação da perspectiva de trabalho de uma enfermeira, que de início concebe o território como delimitação (vertente jurídico-política) e desvenda na sua área de trabalho um grupo de pessoas que possui determinado perfil epidemiológico, condições de vida diferenciadas e problemas específicos. Ainda assim, esta técnica parece demonstrar que não percebe nenhum tipo de territorialidade que apóie ou prejudique a territorialização do PSF no local (NASCIMENTO e NASCIMENTO, 2005).

Schimith e Lima (2004) relatam que, num estudo realizado com uma ESF no Rio Grande do Sul, as ESF mantém a organização da atenção segundo ações programáticas, sendo a única mudança constatada em relação aos demais serviços de saúde a limitação de atender na unidade de saúde somente a população que mora nas áreas definidas. Dessa forma, a única característica do PSF encontrada foi a adscrição e cadastro da clientela, com o entendimento de território mais uma vez na sua perspectiva parcial, na vertente jurídico-política.

Todavia, há relatos de ESF que se empenham para, juntamente com os atores sociais locais, agir no sentido de transformar a realidade local. Ianni e Quitério (2005) mencionam em seu estudo na Região Metropolitana de São Paulo, a existência de situações em que a ESF teve papel ativo em mudanças no meio, que teriam repercutido na melhoria das condições de saúde, a exemplo de uma USF no centro de São Paulo no qual a poluição do ar é atribuída a uma usina de asfalto. A ESF atendeu os casos, participou de um projeto de pesquisa e encaminhou um abaixo-assinado junto à população para a administração regional. É um exemplo da efetivação de uma multiterritorialidade. Ianni e Quitério (2005) apontam também para o fato de que, mesmo demonstrando consciência de que muitos dos eventos relacionados à saúde ocorrem na área, a atuação dos ACS em conjunto com a ESF ou a comunidade é inibida por vários fatores, dentre eles o medo de represália e conflitos entre técnicos do programa, quando esta não tem uma visão de trabalho em equipe.

Em São Bernardo do Campo – SP, local onde há uma represa, é mostrada a tensão entre os ACS e os outros membros da equipe. Enquanto o ACS tem uma visão de preservação do manancial e cuidado com o entorno (destinação adequada dos dejetos, por exemplo), os outros membros da equipe têm uma visão da atenção clínica e da normatização de procedimentos dentro da USF (IANNI e QUITÉRIO, 2005). A integração da equipe e a ação intersetorial, através da multiterritorialidade, favoreceria a transformação da realidade local e conseqüentemente, do espaço geográfico, o que não ocorreu neste caso.

Diante desse quadro observa-se que na sua concepção, o PSF busca visualizar o território na direção de uma perspectiva multiterritorial. Porém, a operacionalização dessa idéia enfrenta tendências reducionistas, fazendo com que os gestores locais, os ACS e a equipe como um todo, tenham concepções divergentes sobre território. No jogo de poder dentro da equipe a visão do ACS é, em geral, vencida pela hegemonia de outros técnicos.

A cartografia do PSF

A cartografia consiste em uma ferramenta utilizada, antes de tudo, para o diagnóstico e planejamento de atividades de campo. A visualização espacial de informações traz subsídios ao processo de vigilância e atenção à saúde através dos mapeamentos das

áreas de riscos e dos serviços de saúde. Através de mapas, podem-se sobrepor dados sócioambientais e sanitários que permitam uma melhor focalização de problemas, facilitando assim o planejamento de ações por parte tanto do poder público quanto da população local. Ao mesmo tempo, as escolhas realizadas nas fases de construção de mapas (a escolha de escalas de trabalho, unidades de análise, fontes de informação e modelos de análise) explicitam uma concepção de espaço geográfico (BARCELLOS, 2003). No caso do PSF, a estrutura das unidades espaciais do programa, o conteúdo e a organização dos dados demográficos, epidemiológicos e sociais coletados e analisados pelo programa, revelam a capacidade de refletir sobre seu território de atuação. Neste sentido, são descritas a seguir as definições destas unidades espaciais e discutidas as limitações do sistema de informação do programa.

No setor saúde, as ações que lidam mais de perto com o cotidiano do indivíduo são aquelas ligadas aos cuidados primários de saúde, através do desenvolvimento de programas que aproximam o profissional de saúde da comunidade. O PSF propõe um modelo de atenção e de vigilância à saúde calcado nos seguintes princípios: a) estabelecimento de vínculos e co-responsabilização entre profissionais de saúde e população; b) definição do objeto-alvo da atenção à família, entendida a partir do ambiente e espaço geográfico em que vive; c) a responsabilização por uma população adscrita e; d) uma intervenção em saúde que extrapole os muros das unidades de saúde visando o enfrentamento dos principais problemas de saúde da população adscrita desenvolvendo ações integrais de saúde sobre indivíduos, famílias, meio ambiente e ambiente de trabalho (BRASIL, 1997).

No PSF e, portanto, segundo o SIAB, a principal fonte de informação é a família. Todos os demais dados gerados pelos sistemas são agregações posteriores desse nível mínimo de coleta de dados. Os níveis superiores correspondem à microárea, área, segmento e município, através dos quais os dados podem ser agregados para a geração de relatórios (BRASIL, 1994). A *microárea* é formada por um conjunto de famílias que congrega aproximadamente 450 a 750 habitantes, constituindo a unidade operacional do agente de saúde.

A *área* no Programa de Saúde da Família é formada pelo conjunto de *microáreas*, nem sempre contíguas onde atua uma equipe de saúde da família, e residem em torno de 2.400 a 4.500 pessoas. Em outros documentos do PSF define-se a área de atuação de uma equipe segundo o número de famílias entre 600 e 1.000 famílias (BRASIL, 1997). Outra unidade considerada é a área de abrangência da Unidade de Saúde. Apesar de comumente não ter delimitação precisa, as Unidades de Saúde, em geral conhecem o território onde vive a população que atendem. A última unidade é chamada *segmento territorial* considerado um conjunto de *áreas* contíguas que pode corresponder à delimitação de um Distrito Sanitário, ou a uma Zona de informação do IBGE, ou a outro nível de agregação importante para o planejamento e a avaliação em saúde.

A exclusiva alusão à quantidade de população para a definição de recortes territoriais, sem nenhuma proposta de tipificação destes territórios, limita a eficácia das ações. Apesar de ter como objetivo melhorar as condições de saúde da população através de ações voltadas à família e à comunidade e atuar nesse espaço vivido (BRASIL, 1994) os critérios de homogeneidade, contigüidade e compatibilidade com outras divisões do espaço geográfico não têm sido observados ou são deixados num segundo plano quando do desenho dos seus territórios (CPqAM, 1999).

O Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB, 2000) orienta as divisões territoriais dos programas do PSF, com uma lógica centrada e exclusiva de quantidade de população a ser atendida. A organização do trabalho do PSF, e, portanto, também a

estrutura dos dados gerados pelo programa se baseia em uma rede hierárquica em que o nível mais próximo de agregação de dados é a família.

A “territorialização”, segundo estes princípios, é vista como uma etapa da implantação do PACS e PSF. As equipes devem definir *a priori* a população a ser atendida, o que é colocado, inclusive como requisito para o financiamento do programa pelo Ministério da Saúde. Este processo implica no cadastramento e adscrição de uma população a ser atendida por cada agente e ESF. A revisão dos documentos legais sobre o PSF permite que se identifiquem alguns requisitos importantes para a delimitação das áreas e microáreas do PSF:

1. A área deve conter um valor máximo de população de modo a permitir um atendimento às suas demandas de saúde (um agente de saúde deve ser responsável por no máximo 150 famílias ou 750 pessoas);
2. O agente deve ser um morador da sua microárea de atuação há pelo menos dois anos.
3. A área deve delimitar comunidades, preferencialmente aquelas mais organizadas, que participem do controle social das ações e serviços de saúde em diversos fóruns como as conferências e conselhos de saúde;
4. A área deve conter uma população mais ou menos homogênea do ponto de vista socioeconômico e epidemiológico, caracterizando “áreas homogêneas de risco”;
5. A área deve conter uma unidade básica de saúde (UBS) que será a sede da ESF e local de atendimento da população adscrita.
6. Os limites da área devem considerar barreiras físicas e vias de acesso e transporte da população às unidades de saúde.

Este conjunto de requisitos torna a tarefa de definição das áreas um processo intrincado de administração de interesses por vezes contraditórios. Segundo estes requisitos, a área deve ser delimitada segundo critérios populacionais, político-comunitários, fisiográficos, epidemiológicos e de organização dos serviços, que são de difícil convergência. A figura 1 mostra as entidades (instituições e atores sociais) presentes na área de abrangência das ESF. Idealmente, o PSF pressupõe uma interação intensa e permanente entre estes atores. Estas relações são, no entanto, dinâmicas e conflituosas.

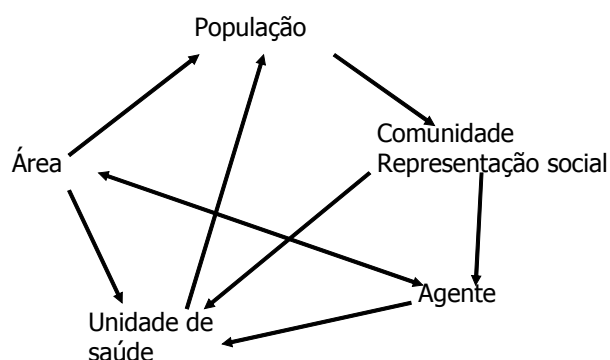


Figura 1 - Relações entre entidades (instituições e atores sociais) atuantes sobre o território do PSF.

A dinâmica populacional torna a frágil a relação entre população e área. As famílias cadastradas podem se mudar para outras áreas ao longo do ano, o que introduz um complicador no sistema, que atende as famílias, mas cadastra os moradores de domicílios existentes na área de atuação. A relação unívoca entre domicílios e famílias, necessária para o funcionamento dos sistemas de informação, é uma quimera do ponto de vista da dinâmica territorial. A mudança de moradores de um domicílio causa ruídos no sistema de informação e dificulta o acompanhamento da população.

Por outro lado, nem sempre a área possui uma unidade de saúde, o que obriga os técnicos a instalarem sua sede em salas emprestadas de outras instituições ou em unidades de saúde de outras áreas. Também as relações entre os agentes e as comunidades estão longe de serem consideradas como harmoniosas. A própria política de adscrição de clientela, preconizada pelo PSF pressupõe a inclusão de parcelas da população e a exclusão de outras. Desta forma surge uma tensão entre os princípios de adscrição e de universalidade e os agentes de saúde têm um papel central na gestão destes conflitos. Por outro lado, os conflitos internos dentro deste território é uma das características essenciais da multiterritorialidade. Nas palavras de Capistrano Filho (1999), “o programa, e sobretudo os ACS, que são parte integrante da população adscrita, antes devem trabalhar para organizar a parcela de sociedade agrupada num determinado território, que é mais do que um espaço, pois incorpora uma população com sua estrutura, sua história, sua cultura, suas organizações”. Reconhecer a dinâmica social e política das áreas de abrangência do PSF é, portanto, o primeiro passo para uma mudança na concepção da prática de trabalho nestes territórios e para a busca de parcerias intersetoriais para a melhoria das condições de vida e saúde da população.

Através do PSF pode-se perceber três tipos de relações de poder, representados por Bitoun (2000) como efetivadores de três tipos de território: um território de escuta (na fase de coleta de informações para se atingir a equidade); um território administrativo (quando são definidas articulações com outros territórios para garantir o acesso a equipamentos e instituições que permitem uma disponibilidade de recursos mais complexos ou complementares); e um território de realizações (quando é materializada a prestação de serviços no espaço vivido).

Ainda que o PSF centre sua atenção na *saúde das famílias*, está implícita a necessidade de atuação sobre o *ambiente* onde estas vivem. Ao menos potencialmente, esses territórios, têm a vantagem de captar e manter atualizados dados demográficos, epidemiológicos, e de condições de vida inclusive ambientais. Nesse caso, seriam necessárias outras fontes de informação, não só advindas da agregação dos dados de famílias (SIAB), mas principalmente geradas por instrumentos que capturem a existência de características da coletividade, tanto variáveis emergentes da interação humana, como as redes sociais, valores e formas de organização, como ambientais, que contextualizam as condições de vida no espaço geográfico. Por exemplo, pode-se apontar, através da análise dos cadastros de famílias, que a principal fonte de abastecimento de água seja um córrego próximo. Mas as águas deste córrego estão contaminadas? Representam um risco à saúde? Essas informações devem ser adquiridas para complementar o diagnóstico da área e não são atributos das famílias, portanto não podem ser captadas pelos instrumentos hoje existentes no programa (QUITÉRIO e IANNI, 2003).

No caso dos dados do SIAB (Sistema de Informações de Atenção Básica), sistema de dados alimentado pelo PSF, a sua utilização para uso diário dos profissionais e agentes das equipes é prejudicada. A forma como os dados sobre as famílias são armazenados –

por equipe, sem identificação de endereço e nome das pessoas – não facilita, a visualização, distribuição e localização das informações de forma desagregada (PEREIRA e PARANHOS, 2002). Além disso, impede que os dados gerados pelo programa sejam relacionados aos demais sistemas de informação em saúde através de um vínculo realizado para cada pessoa participante do programa. Por outro lado, a carência de uma base territorial de atuação delimitada, permite apenas que se reconheçam informações sócio-demográficas geradas pelo próprio SIAB, sendo impossibilitada a incorporação de dados censitários e de outros cadastros.

Experiências de mapeamento de dados do PSF foram realizadas em algumas cidades ao longo dos últimos anos. Montes Claros (PEREIRA e PARANHOS, 2002), Vitória da Conquista, Belo Horizonte e Goiana são exemplos de uso de Sistemas de Informação Geográfica (SIG) para a construção de mapas que permitam a geração de indicadores voltados para a gerência do PSF no nível intra-urbano. Estudo piloto realizado pela Fundação Oswaldo Cruz e UFPE (PORTUGAL, 2003) em Caruaru mostrou a viabilidade de georreferenciar as residências como referências primárias para a construção de agregados espaciais de micro-áreas e áreas do PSF. Algumas dificuldades têm sido encontradas na criação de uma cartografia do PSF. Um dos obstáculos para o uso do SIG é a falta de uma base digital das ruas e quadras. Se o município não dispuser dessa base, o trabalho de levantamento, localização e delimitação de micro-áreas torna-se custoso e lento. Não por acaso, os municípios que melhor têm desenvolvido aplicações de mapeamento e construção de indicadores para o PSF são os que dispõem de uma base tecnológica de SIG.

Desta maneira, prevalece na concepção cartográfica do PSF a territorialização em sua vertente jurídico-política, sem considerar as outras territorialidades existentes no momento da definição de áreas e microáreas. As dificuldades em incorporar a multiterritorialidade na prática de trabalho e nos sistemas de informação (incluindo a cartografia) prejudicam a intersetorialidade das ações de saúde.

Considerações finais

A efetivação das ações de atenção, promoção e prevenção buscando melhores condições de vida resulta num olhar multiterritorial, através do qual se considera que existem outras forças atuantes sobre o território, além da lógica dos serviços de saúde. Em outras palavras, as parcerias entre instituições e atores sociais seriam os fundamentos da intersetorialidade capazes de modificar o quadro social e epidemiológico local. Neste sentido, deve-se observar como se dá a relação entre a ESF e a comunidade; as lideranças comunitárias, as ONGs, movimentos sociais, e outras instituições que possam intervir no local.

As diferentes concepções de território são expressas na prática de trabalho das ESF através: a) do modo de entender a área de trabalho; b) da forma de organização da ESF e; c) da maneira como são estabelecidos os vínculos com a população e o território. Dessa forma, existem várias maneiras com que as ESF mencionam os atributos do local: um território amorfo que contém uma população a ser atendida; um local com características próprias de difícil apreensão; ou um local com características inerentes ao lugar e em que estas influenciam no modo dessa população pensar e agir no território. Estas diferentes concepções podem influenciar consideravelmente na operacionalização do programa.

Além disso, o trabalho dos técnicos pode ser realizado de forma interdependente, com respeito e complementação de conhecimentos, estabelecendo bases para uma consciência coletiva da problemática local ou de maneira independente, em que os conhecimentos individuais apenas geram conflitos e disputa pelo poder, o que faz com

que existam dificuldades de um consenso e principalmente de parcerias com outros serviços ou setores da sociedade. Desta maneira, o estabelecimento de vínculos da ESF com a população também indica esta concepção ampliada de território.

Agradecimentos

Os autores agradecem as contribuições de Jan Bitoun e Raul Borges Guimarães para a concepção deste trabalho.

Referências

- BARCELLOS, Christovam. (2003) A saúde nos Sistemas de Informação Geográfica: apenas uma camada a mais? **Caderno Prudentino de Geografia**. Presidente Prudente, v. 25: p. 29-43, 2003.
- BITOUN, Jan. A política de saúde e as inovações na gestão local. *Cidadania, cidade é notícia*. Recife: **Etapas**. v. 4, 2000, (Abril/Maio).
- BRASIL. **Programa de Saúde da Família (PSF)**. Brasília: MS. 1994.
- BRASIL. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: MS. 1997.
- CAPISTRANO FILHO, David. O programa de saúde da família em São Paulo. **Estudos Avançados**. v.13, n. 35, p. 89-100, 1999.
- CLAVAL, Paul. **Espaço e poder**. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1979. 222p.
- COSTA NETO, Milton Menezes da. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: MS, 2000. 44p. (Cadernos de Atenção Básica – PSF, Caderno 1).
- CPqAM, **Proposta de implantação de um Sistema de Informações Geográficas para apoio ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde / Programa de Saúde da Família**. Recife. Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, 1999. <http://www.geosaude.cict.fiocruz.br/relatorios.htm>
- GIDDENS, Anthony. **A constituição da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- HAESBAERT, Rogério. Des-caminhos e perspectivas do território. In: RIBAS, Alexandre Domingues; SPÓSITO, Eliseu Savério; SAQUET, Marcos Aurélio. **Território e desenvolvimento: diferentes abordagens**. Francisco Beltrão – PR: UNOESTE, 2004a.
- HAESBAERT, Rogério. **O mito da desterritorialização: do ‘fim dos territórios’ à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004b, 400p.
- IANNI, Áurea Maria Zöllner; QUITÉRIO, Luiz Antônio Dias. A questão ambiental urbana no PSF: avaliação da estratégia ambiental numa política pública de saúde. In: **Avaliação e monitoramento de Programas de Atenção Básica no Brasil – o PSF na Região Metropolitana de São Paulo**. São Paulo: Centro de Estudos de cultura contemporânea. 2005.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **Distritos Sanitários: Processo Social de Mudanças nas Práticas Sanitárias para o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1993.

MESQUITA, Zilá. Do território à consciência territorial. In: MESQUITA, Zilá; BRANDÃO, Carlos Rodrigues (org). **Territórios do cotidiano: uma introdução a novos olhares e experiências**. Porto Alegre/Santa Cruz do Sul -RS: Ed. UFRGS/ Ed. da UNISC, 1995.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 21, n. 3, p.898-906, 2005.

NASCIMENTO, Maristella Santos; NASCIMENTO, Maria Ângela Alves do. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 333 – 345, 2005.

PARÁIBA. **Curso Introdutório ao PSF: a prática da Vigilância em Saúde**. João Pessoa: UFPB/ NESC/ Pólo e SES/PB – PACS/PSF, 2002.

PEDROSA, J I S; TELES, J B M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**. v.35, n.3, p.303-311, jun. 2001.

PEREIRA, R.; PARANHOS, L.S. Utilização do Cadastro Técnico Multifinalitário no Mapeamento de Condições de Saúde – a experiência do município de Montes Claros/MG. **Informática Pública**. v. 4, n.1, p. 55-70, 2002.

PORTUGAL, José Luiz. **Sistema de informações geográficas para o Programa de Saúde da Família**. 2003. 120f. Tese (Doutorado Institucional em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003

QUITÉRIO, L.A.D.; IANNI, A. Limites do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) para a definição de áreas de risco ambiental num contexto metropolitano. **Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Brasília, 2003.

RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia do Poder**. São Paulo: Ática, 1993

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 273p.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov-dez 2004.

SIAB. **Manual do sistema de informação de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade, 2000. <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ManualSIAB2000.pdf>

UNGLERT, CVS. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: Mendes, EV (org) **Distritos Sanitários: Processo Social de Mudanças nas Práticas Sanitárias para o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993.