



A ORGANIZAÇÃO DO TERRITÓRIO COMO POSSIBILIDADES E LIMITES NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Vanda Aparecida Costa
vandageografia@msn.com

Sandra Célia Muniz Magalhães
Sandra.muniz@unimontes.br

Geraldo Inácio Martins
geraldomartins@yahoo.com.br

RESUMO

O Programa Saúde da Família - PSF faz da saúde da família estratégica diferenciadora por se tratar da organização de uma equipe de saúde da família onde tem como missão trabalhar o “espaço de vida” delimitado por uma “microunidade social”, prestando assistência familiar e residencial com definição própria da base territorial. Dessa forma, este artigo tem como objetivo discutir a territorialização do PSF na cidade de Pirapora MG, avaliando a importância desse programa na vida das pessoas, na prevenção, promoção e assistência básica à saúde. Para tanto, utilizou-se de entrevista semi-estruturada, revisão bibliográfica e pesquisa empírica realizada nas unidades epidemiológicas, Unidade Básica de Saúde (UBS) e clínicas da cidade de Pirapora-MG. Observa-se que, apesar da efetiva atuação dos agentes do Programa Saúde da Família em Pirapora-MG e dos avanços apresentados em relação à prevenção, atenção e promoção à saúde, é necessário ainda, melhorias significativas no atendimento às famílias, pois, os indicadores de saúde da cidade ainda apresentam grandes taxas de mortalidades.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família, Pirapora, Território.

INTRODUÇÃO

Existem diversas formas e características que abordam a construção do território da saúde. Uma delas é a maneira pela qual o Programa Saúde da Família (PSF) delimita e atua no território de origem. O PSF faz da saúde da família uma estratégia diferenciadora por se tratar da organização de uma equipe de saúde da família onde tem como missão trabalhar o “espaço de vida” delimitado por uma “microunidade social”, prestando assistência familiar e residencial com definição própria da base territorial (SOUZA, 2005). Ademais, apresenta uma hierarquia do nível federal ao municipal que possibilita estratégias de atendimento e desenvolvimento da população a nível local, através da promoção, prevenção e atenção a saúde.

Com base nisso o presente artigo tem como objetivo discutir a territorialização do PSF na cidade de Pirapora MG, avaliando a importância desse programa na vida das pessoas enquanto prevenção, promoção e assistência básica à saúde.

No PSF, a maioria das informações que fazem parte do seu banco de dados, foi obtida a partir de diagnósticos realizados com as famílias que fazem parte desse território. Nesse sentido, os métodos utilizados neste trabalho foram entrevista semi-estruturada, revisões bibliográficas e pesquisa empírica realizada nas unidades epidemiológicas, Unidade

Básica da Saúde (UBS) e clínicas da cidade de Pirapora-MG.

Pirapora vem ao longo dos anos melhorando gradativamente a atenção e promoção da saúde da família. Atualmente a cidade conta com treze PSF, localizado em onze bairros (Santos Dumont, Bom Jesus, Nossa Senhora Aparecida, Santo Antônio, Industrial, Cícero Pássaro, São Geraldo, Santa Terezinha, São João cidade Jardim). Cada PSF delimita seu território de atuação, seja em áreas ou microáreas. Cada PSF oferece uma cobertura completa em suas localidades. Existem bairros como Santo Antônio e Cidade Jardim que apresenta dois PSF por apresentar uma área abrangente e muito numerosa em termo populacional.

O território e suas Multiterritorialidades

O território é cada vez mais a categoria fundante para se compreender os processos contraditórios de uso do espaço. Isso porque ele é um recurso, uma relação, uma criação humana. É no território e pelo território que homens se apropriam da natureza simbolicamente e materialmente.

O território não é apenas um sistema complexo de recursos naturais onde o Estado estabelece suas relações. “O território usado é o chão mais a identidade”. Ele é fundado com o trabalho. Trabalho que cria sentimento de pertença e forja os símbolos de um “lugar de residência, das trocas materiais e espirituais”, (SANTOS, 2006 p. 14). Com efeito, a complexidade reside nos fluxos e os fixos que se manifestam e materializam no território (SANTOS, 2008) postula que os fixos são as formas geográficas fixadas enquanto materialidade do trabalho humano. E os fluxos é o que anima os fixos, que dá vida e movimento aos objetos geográficos. “Os fixos são, geralmente, constituintes de ordem pública ou social, enquanto os fluxos são formados por elementos públicos e privados” (SANTOS, 2008, p. 247).

O território é histórico e revela as ações presentes e pretéritas “congeladas em objetos”. Isso significa o encontro entre ações, o pretérito materializado, mas reanimado no presente com novas formas e conteúdos, (SANTOS, 2008). A rigor, é neste processo que as contradições sociais se manifestam ou ganham novos contornos. As ações do presente redefinindo as ações pretéritas. Uma configuração territorial sobrepondo outras, de outros momentos históricos.

Essa situação é mediada cada vez mais pelas técnicas e pelas ações. Isso conduz no desenvolvimento da noção prática de território, sobretudo, no que tange a inserção técnica científica nas dinâmicas sociais. A rigor, isto é uma inversão das polaridades, ou seja, o conhecimento técnico científico mecanizando os processos de territorialização. O que de fato deveria ocorrer é o contrário, o território visto como possibilidade de realização humana, cuja função das técnicas, da ciência e da informação é permitir esta realização, (SANTOS, 2006).

O território, contudo, é convidado a ter mais ciência e mais informação e se torna fluido, sobretudo, quando o dinheiro comanda os processos de territorialização. O dinheiro transverte as características do uso social e o transforma em valor de troca ou mesmo em mercadoria. Isso acontece por meio do monopólio do território e de seu valor de uso que são convertidos em vantagens ou em valor de troca para a produção de mais dinheiro, (SANTOS, 2004).

Nessa conjuntura, o próprio valor de uso do território, como sugere Lefebvre, “acaba por ser representado em termos de hierarquia”, (LEFEBVRE, 2008, p. 31). Essa hierarquia manifesta-se no uso dos componentes indispensáveis a composição do território como os recursos materiais e políticos, as relações culturais e jurídicas que são (im)postas pelos atores hegemônicos e para os atores hegemonzados, Santos (2008).

Em outra perspectiva, Haesbaert (1997, 2005, 2006) faz uma análise mais abrangente da categoria território. Segundo o autor, é possível perceber nas discussões teóricas sobre território, sobretudo, no que se refere às discussões sobre a desterritorialização três vertentes analíticas. A primeira analisa o território a partir do materialismo histórico e dialético; a segunda numa perspectiva idealista simbólico cultural; outra perspectiva engloba as diferentes dimensões sociais do território; e, por último, o território como categoria relacional.

Nesse sentido, Haesbaert (2006) sublinha que a perspectiva materialismo histórico dialético privilegia a dimensão material do território, o substrato onde se forjam as relações econômicas. O território historicamente definido pelas relações de produção e pelas relações sociais. A rigor, o território nessa conjuntura está intimamente ligado “com a natureza e, nessa ligação, o território se torna, antes de tudo, uma fonte de recursos” ‘materiais da existência’ (...)” humana (HAESBAERT, 2006, p. 47).

E tendo como base esse entendimento podemos verificar como o conceito de território está sendo trabalhado na geografia, e como as mesmas estão sendo incorporadas nas práticas do Programa Saúde da Família (PSF). Baseando-se nisso podemos verificar algumas vertentes básicas da noção de territórios de acordo com a concepção naturalista, econômica, política e cultural.

Segundo Haesbaert, (2006) o conceito de território na visão política refere um espaço delimitado e controlado por uma ou varias pessoas, não precisa ser necessariamente pelo estado, mas por quaisquer grupos ou atores que detém maior domínio sobre o outro como patrão / empregado, ou poder exercido por um líder sobre os demais membros.

A partir do olhar cultural ou simbólico cultural, o território é visto como um lugar de construção de identidade e vivência, onde mantém relação com o espaço vivido. O território é visto como “produto da apropriação / valorização simbólica de um grupo em relação ao espaço vivido” (HAESBAERT, 2006, p.40)

Na vertente econômica o território é concebido como fonte de recurso e através destas há relações econômicas, seja pelo trabalho ou capital.

O território no olhar naturalista baseia relação homem /meio, como salienta (SANTOS, 2007), antes como meio técnico e posteriormente como técnico científico informacional. Onde o território é a construção da sociedade com o meio.

No detalhamento desta reflexão o autor postula que o território “como fonte de recursos” se define por experiências territoriais em sociedades mais tradicionais. Sobretudo, porque nestas sociedades os recursos necessários à existência humana são retirados da natureza. Contudo, há que se refletir que na sociedade técnico-científica o território é mais que uma simples apropriação da natureza. “Isto não significa, contudo, que estas características estejam completamente superadas (...) dependendo das bases tecnológicas do grupo social, sua “territorialidade” ainda pode carregar marcas profundas da ligação com a terra”, (HAESBAERT, 2006, p. 47).

Outra contribuição importante de (HAESBAERT, 2006) é quando afirma que “o território é relacional” e que envolve uma gama de relações complexas “entre processos sociais e espaço material”. O território não é um simples enraizamento no sentido tradicional,

“estabilidade, limite ou fronteira”, (HAESBAERT, 2006, p. 55). Nesse sentido, o território é ao mesmo tempo, uma confluência do funcional e do simbólico.

A funcionalidade é o território como recurso a ser apropriado, “seja como proteção ou abrigo (‘lar’ para o nosso repouso), seja como fonte de recursos naturais”, (HAESBAERT, 2005, p. 6776). O simbólico, diz respeito aos conteúdos sociais de apropriação do território. Neste caso, o que está em questão não é o ter, mas o ser. O território da diferença e do princípio da multiplicidade, Haesbaert (2006).

O Entendimento do Território Enquanto Prática do trabalho do PSF

Vivemos em vários lugares, em tempos diferentes e territórios variados. Todavia as condições de saúde da população vão depender de suas localidades, hábitos culturais, variações climáticas e desigualdades entre classes sociais. O ir e vir desses grupos ou atores devem ser levada em conta os diferentes problemas de saúde. E estas diferenças devem ser reconhecidas para que as equipes e vigilância da saúde possam atuar sobre suas determinantes.

Ao analisar o território nessa concepção, pode ser compreendido um processo de desterritorialização e reterritorialização da saúde, que se materializa em tempos e espaços diversificados, esse espaço tem um caráter consolidado em três dimensões e territórios diferentes onde eles se concretizam: um território da escuta (na etapa da coleta dos dados para análise), uma das etapas mais importante da pesquisa, pois, é o momento em que o pesquisador tem contato direto com a população, percebendo seus modos de vida: um território administrativo (quando há articulações com outros territórios e instituições para conseguir recursos e equipamentos mais eficaz ou complementar): e um território de realização (quando é materializada e ocorre a prestação de serviços no espaço vivido).

Atualmente o Programa Saúde da Família é a principal estratégia de assistência básica para a população de Pirapora MG, onde tem como objetivo resolver os problemas de saúde da população que se localiza em áreas e microáreas de atuação e abrangência.

O PSF de Pirapora MG foi implantando em (1998) no seu primeiro ano já atingiu uma cobertura de 79,87% da população. Atualmente tem uma cobertura de quase 100% da população. Segundo dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB, 2005) apresentado no quadro 01, revela um crescimento gradativo no número de equipes e total de cobertura na cidade de Pirapora.

QUADRO 1

Número de Equipes e total de cobertura na cidade de Pirapora MG

	07 Equipes	11 equipes	12 Equipes
Nível de Cobertura	06	09	09
Nº. De População Coberta	28.928	41.147	43.355
%	56.39	79.87	82.86

Fonte: SIAB, 2005
Org.: COSTA, 2009

Como pode ser observado, com o aumento das equipes de saúde atuando no território,

conseqüentemente também ocorre um aumento na cobertura das famílias a serem atendidas. Com a atuação de 12 equipes falta muito pouco para cobrir 100% da população de Pirapora MG. Embora alguns dados ainda apontem que Pirapora tem muito que trabalhar para ter uma melhoria significativa na saúde da população, pois conforme é indicado no quadro 2, ainda ocorre um número bem significativo de mortalidade, principalmente no ano de 2008.

QUADRO 2

Número total de mortalidade, 2000/2008

ANO	População município	Total de óbitos	Taxa – por 1000 habitantes
2000	50.694	263	5,18
2001	51.179	219	4,27
2002	51.131	252	4,92
2003	51.515	266	5,1
2004	51.903	268	5,1
2005	52.841	328	6,2
2006	53.219	245	4,6
2007	53.659	235	4,3
2008	53.659	272	5,06

Fonte: SMS, 2008
Org: COSTA, 2009

Além do avanço na cobertura dos PSFs e a grande atuação das equipes de saúde da família, Pirapora ainda apresenta uma grande taxa de mortalidade, como mostra o quadro 02. No ano de 2000 houve um número bem expressivo de mortalidade, embora a população tenha aumentado a taxa de mortalidade também foi crescente. Entretanto quando analisamos os agravos de doenças infecciosas deparamos com dados bastante animadores uma vez que vem diminuindo ao longo dos anos, como mostra o quadro 3. No quadro 03 é possível observar que em todos os agravos ocorreu redução, entretanto é válido destacar que doenças como hanseníase apesar da redução continua com níveis elevados e a tuberculose que se comparado com o ano de 1988, ocorreu uma pequena redução, entretanto entre 2003 e 2004 não apresentou redução, tendo passado de 16 casos para 17.

Estrutura e Funcionamento do PSF

A equipe saúde da família (PSF) é composta por; (um) médico (um) enfermeiro, (um) auxiliar de enfermagem, (seis) agentes comunitários da saúde, que devem residir no município onde atuam, trabalhando em período integral. O agente comunitário da saúde deve ser um ator inteiramente identificado com a própria comunidade. Por isso deve morar nela. A equipe deve atender a situação de doença existente na comunidade – demanda espontânea - ainda deve visitar as famílias com periodicidade necessária ao fornecimento e orientação de varias naturezas, detectando precocemente os diversos agravos, atendendo aos que não podem deslocar até as unidades de atendimento, acompanhando as internações domiciliares com estreita relação com os agentes comunitários.

QUADRO 3

Agravos de doenças infecciosas de Pirapora-MG 1988/2004

Agravamento	Ano						
	1988	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Dengue	-	-	-	1	15	52	9
Sífilis Congénita	-	-	-	1	-	-	-
Leishmaniose Tegumentar	-	-	-	-	14	11	10
Leishmaniose Visceral	-	-	-	-	-	4	2
Meningite	-	-	-	-	4	2	3
Malária	-	-	-	-	-	-	-
Esquistossomose	-	-	-	-	-	-	-
Hanseníase	17	33	18	29	33	32	23
Tuberculose	20	22	22	17	17	16	17

Fonte: (SINAN, 2005)

Org: COSTA, 2009

A definição de clientela adscrita, ou seja, a quantidade de família ou pessoas que está na responsabilidade de cada agente comunitário da saúde deve ser no Máximo de 161 famílias ou 850 pessoas, de modo a permitir um atendimento adequado à suas demandas de saúde.

A área deve conter uma unidade básica de saúde (UBS) que será a sede da Equipe Saúde Família (ESF) e local de atendimento das famílias adscritas.

Os limites da área considerando barreiras físicas devem ser de fácil acesso para facilitar o transporte da população às unidades de saúde.

O PSF atende uma população diversificada, entretanto a população de menor poder aquisitivo é que apresenta atendimentos com maior frequência nessas unidades. Baseando-se nisso, (SOUZA, 2001, P.37) reflete sobre essa temática:

A interpretação do PSF como saúde para os pobres, ainda era ferida aberta. Precisava ser curada (...). Elucidar de forma firme que o PSF não é uma estratégia para atender somente regiões pobres e Famílias / comunidades excluídas, muito embora tenha como parte de suas responsabilidades ajudar a superar as desigualdades no campo da saúde. E priorizar as regiões e grupos de maior risco social, sem perder de vista o princípio

orientador da universalidade.

Neste sentido contraditório acerca dessa temática surge a terminologia anacrônica ao referir que o PSF só proporciona atendimento as famílias ou atores carentes.

Com a implantação dos PSFs tornou-se mais fácil o atendimento médico hospitalar para a população de Pirapora MG, pois antes do programa saúde da família as pessoas teriam que pegar ficha para consultar no posto central, muitas das vezes nem conseguiam por apresentar uma demanda maior que a oferta, como salienta (SOUZA, 2005.p.15) "os agentes comunitário da saúde nasceram com uma ousadia: deixar o povo entrar nos serviços de saúde e esses irem aonde o povo esta." E após a implantação do PSF. Ou seja, os agentes da saúde prestam serviços domiciliares, oferecendo assistência e melhorando a qualidade da vida da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que podemos concluir com esta análise é que o território tem dimensões "materiais e psicológicas" que estão intimamente ligados à organização da vida social. Essa organização é definida e apropriada de forma simbólica ou econômica. No nosso caso, o território é apropriado através da ação dos agentes da saúde que nos possibilito um novo olhar multiterritorial sobre a atuação do Programa Saúde da Família (PSF) na construção do território, permitindo novas formas de construção e reconstrução do espaço da saúde.

A efetivação das ações dos programas de saúde, como prevenção, atenção e promoção, embora tenham melhorado as condições de saúde da população piraporense, ainda tem muito que melhorar, pois a cidade ainda apresenta grandes taxas de mortalidade devido a pouca assistência médica, infra-estrutura e medicamentos adequados.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, Cristovam. **O Território no Programa de Saúde da Família**. In: HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Medica e da Saúde. Junho 2006 página 58.

FONSECA, A.F.; CORBO, A.M.D. (org). **O Território e o Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: EPSJU/Fio Cruz, 2007.

HAESBAERT, Rogério. **Desterritorialização e Identidade: a rede "gaúcha" no Nordeste**. RJ: DUFF, 1997.

_____. **O Mito da Desterritorialização: dos Fins dos Territórios à multiterritorialidades**. RJ: BERTRAND, 2004.

_____. Da Desterritorialização à Multiterritorialidade. In: X Encontro de Geografia da América Latina. 2005. **Anais...** São Paulo (SP): USP, 20 A 26 DE Março, 2005.p.6774-6792.

_____. Identidades Territoriais, In: ROSENDAHL, Zeny; Correa, Roberto Lobato (org). **Manifestações da Cultura no Espaço**. RJ: EDUERJ, 2006.

_____. **Territórios Alternativos**. SP: Contexto, 2006.

LEFEBVRE, Henri, **Espaço e Política**. Tradução de Margarida Maria de Andrade; Sergio Martins. BH: UFMG, 2008.

_____. **Território e Sociedade: entrevista com Milton Santos**. 2 ed, SP: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

_____. **Da Totalidade ao Lugar**. SP: EDUSP, 2005.

MONKEM, Mauricio; BARCELLOS Cristovam. **Vigilância em Saúde e Território Utilizado: Possibilidades Teóricas e Metodológicas**. Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro, Maio - Jun.2005.

SANTOS, Milton. **A Urbanização Brasileira**. 2 ed. São Paulo:HUCITEC,1994.

_____. **Por Outra Globalização: do Pensamento Único à Consciência Universal**. RJ: Ed.10, Recor, 2003.

SANTOS, Jose Rosselvelt. **Gaúchos e Mineiros do Cerrado: Metamorfose das Diferentes Temporalidades e lógicas sociais**. Uberlândia: EDUFU, 2008.

SOUZA, Maria Fátima de. **A Cor-agem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2001.

Secretaria de Estado de Saúde. **Gerencia Regional de Saúde**, Pirapora MG, 2009.

Secretaria Municipal de Saúde. **Divisão de epidemiologia**, Pirapora MG, 2008.