



Texto de Apoio 3

Conhecendo o território

Rosana Aquino⁵

A discussão acerca do conceito de território é fundamental para o trabalho das equipes de saúde da família pois, como já discutimos anteriormente⁶, uma das diretrizes fundamentais da estratégia de saúde da família é a adscrição de clientela, ou seja, a vinculação de uma população a uma unidade de saúde da família, a partir do estabelecimento de uma base territorial.

Segundo MENDES e colaboradores (1995) existem duas grandes correntes de pensamento que conceituam território de maneira bem distintas:

- Território-solo - como um espaço físico, naturalizado e acabado, definido exclusivamente por critérios geopolíticos;
- Território-processo - como um espaço em permanente construção, "produto de uma dinâmica social onde se tensionam sujeitos sociais postos na arena política", que além de território-solo é também território econômico, cultural e epidemiológico.

A concepção de território-processo permite delinear a realidade de saúde da população que está em permanente movimento. "Isto é, uma situação de saúde determinada pela dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas que se reproduzem historicamente, entre indivíduos e grupos populacionais existentes no território, reprodução esta condicionada pela sua inserção no conjunto da sociedade" (MENDES & cols., 1995).

O território não é homogêneo nem simétrico. É equivocado pressupor uma distribuição homogênea dos problemas de saúde no espaço e, portanto, dividir o território em espaços simétricos. Ao contrário, o esquadrinhamento do território deve ser feito para revelar as assimetrias espaciais, ou seja a forma como se distribuem no espaço os distintos grupos sociais que ali vivem e que possuem necessidades e demandas diferenciadas (MENDES & cols., 1995).

"As doenças e os agravos à saúde não se distribuem homoganeamente nem respondem, em qualquer situação, às mesmas ações". A espacialização contribui para orientar a intervenção, uma vez que as microáreas, entendidas como áreas homogêneas de condições de vida, são essencialmente unidades de intervenção, com propósito operacional (SOUZA, 1992).

⁵ Médica, Mestre em Saúde Comunitária. Docente da Residência em Medicina Social, Formação Multiprofissional em Saúde da Família.

⁶ Veja Texto de Apoio 1 "Estratégia de Saúde da Família".



Adscrição da clientela da unidade de saúde da família

A adscrição de clientela da unidade na estratégia de saúde da família é feita através da definição da área de abrangência da unidade e do cadastramento da população que reside nesta área.

A seguir são discutidos quatro critérios básicos que devem ser observados para delimitação da área de abrangência de saúde da família.

Primeiro, a equipe de saúde da família deve ser responsável por uma área onde residam de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes (BRASIL, 1997). Atentar que 1.000 famílias é o limite máximo para definição da população a ser coberta por uma equipe, de modo que as ações e serviços de atenção básica sejam prestados à população com resolutividade e boa qualidade. Assim, a equipe não necessita cobrir necessariamente 1.000 famílias, ou já iniciar suas atividades tendo alcançado este limite, o que pode, inclusive, não ser recomendado, especialmente em casos em que a área definida apresenta possibilidades de crescimento demográfico a curto prazo.

Segundo, para delimitação da área de abrangência da unidade deve ser considerado o acesso da população a unidade de saúde da família. Segundo UNGLERT (1995), a acessibilidade é uma característica dos serviços de saúde e pode ser abordada sob os seguintes aspectos:

- geográfico - distância a ser percorrida até a unidade e existência de barreiras geográficas⁷ a serem transportadas;
- funcional - tipo de serviços oferecidos pela unidade de saúde, seus horários de funcionamento e sua qualidade;
- cultural - inserção do serviço nos hábitos e costumes da população;
- econômico - disponibilidade do serviço a todos os cidadãos.

Terceiro, a densidade populacional da área também deve ser considerada. A delimitação da área de abrangência de uma unidade na zona urbana difere da unidade da zona rural; mesmo nas áreas urbanas, existem áreas mais densamente povoadas, como é o caso das periferias dos grandes centros urbanos.

Quarto e último critério, a área de abrangência da unidade de saúde da família é um espaço geográfico composto de 4 a 6 micro-áreas contíguas, sob a responsabilidade dos agentes comunitários que compõem a equipe de saúde da família. A micro-área é um espaço geográfico delimitado onde residem de 400 a 750 habitantes e corresponde a área de atuação de um agente comunitário de saúde. A delimitação das microáreas deve ser norteadas pela análise da situação de saúde da

⁷ Barreiras geográficas - são obstáculos naturais ou resultantes da ação dos homens que dificultam ou impedem o fluxo da população até o serviço de saúde.



Desta forma é possível por em prática o conceito de equidade, um dos princípios da constituição do SUS, que refere-se ao enfrentamento das desigualdades existentes entre os diversos grupos sociais, tratando de forma desigual os desiguais, buscando o atendimento às necessidades de cada parcela da população.

Pensando na operacionalização da estratégia de saúde da família, a partir da concepção do modelo da vigilância da saúde e do princípio da equidade, é útil refletir sobre os conceitos de MENDES e colaboradores (1995) de território-área e território-microárea.

Para estes autores o território-área corresponde a área de abrangência de uma unidade ambulatorial de saúde e é delimitado segundo critérios de acessibilidade dos serviços. "O Território-área é, sobretudo, um território de determinação da co-responsabilidade pela saúde naquele espaço entre a população e serviço, mas, também, um espaço de organização básica da prática da atenção à demanda" (MENDES & cols., 1995).

Ao interior do Território-área, existem várias microáreas, definidas segundo a "lógica da homogeneidade socioeconômico-sanitária" que objetiva identificar os espaços onde vivem grupos populacionais mais ou menos homogêneos quanto a suas condições de vida e saúde. O Território-microárea deve ser delimitado a partir da análise das condições de vida e saúde dos distintos grupos populacionais (MENDES & cols., 1995).

"O Território-microárea é o espaço privilegiado, ainda que não único, para o enfrentamento dos problemas de saúde, de forma contínua, através de operações direcionadas à superação dos nós críticos identificados na rede causal. Dessa maneira, poder-se-á atuar sobre as causas dos problemas através de operações de discriminação positiva. Ou seja, os recursos e serviços disponíveis no Território-Área são investidos, preferencialmente, na intervenção continuada no espaço da(s) microárea(s) onde se concentram, relativamente, os problemas de saúde (MENDES & cols., 1995).

Esta lógica de delimitação de microáreas de risco dentro da área de abrangência da equipe de saúde da família é a que deve nortear a delimitação das microáreas de atuação dos agentes comunitários de saúde, possibilitando que a equipe de saúde possa planejar de forma eficaz ações e serviços sob o seu território.

A definição da base territorial da unidade de saúde da família, dividida em suas diversas microáreas é, assim, condição indispensável para o trabalho das equipes de saúde. Entendendo, como discute PAIM (1994), que esta vinculação da população à unidade de saúde é condição essencial para prática programática, ou seja, para planejar e avaliar a atenção à saúde da população, faz-se necessário estabelecer a área e a população sob a responsabilidade de cada unidade e conhecer seu perfil epidemiológico.

população, sendo cada microárea um espaço mais ou menos homogêneo quanto às condições de vida e saúde.

É importante ressaltar um problema que tem sido observado em algumas equipes de saúde da família que é a delimitação das microáreas dos agentes sem critérios bem estabelecidos. As vezes, o espaço geográfico não está bem definido, sendo confusa e pouco nítida a delimitação das microáreas de cada agente. Outras vezes, para conveniência do trabalho, as áreas de maior risco ou de pior acesso são "divididas" entre os agentes comunitários de saúde de uma equipe, o que impossibilita a identificação das desigualdades existentes entre os grupos da população.

Um exemplo que pode ser referido foi o do mapeamento de uma equipe de saúde da família de um município do estado relatado em um treinamento introdutório. A equipe atendia uma população que vivia nos arredores e sobre um morro. O topo do morro era a área com piores condições de vida, onde vivia a população mais pobre, não haviam serviços de saneamento básico, como abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo e ficava no local mais distante da unidade de saúde. Este espaço se constituía em uma microárea de risco e deveria ter sido assim delimitado, ficando sob a responsabilidade de um agente de saúde. Ao invés disso, para "facilitar" o trabalho dos agentes, a equipe decidiu delimitar as microáreas desenhando quatro ou cinco "faixas" de baixo até o topo do morro. Cada faixa, que era uma microárea, era formada por uma parte da área plana, que circundava o morro, onde vivia a população com melhores condições de vida, e pelas áreas de alicive do morro. Os dados de saúde do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de cada microárea, assim constituídas, demonstravam que todas as microáreas apresentavam condições medianas de saúde, pois as diferenças eram mascaradas. Foi discutindo com a equipe a necessidade do remapeamento das microáreas, que quando realizado, revelou as enormes diferenças entre as microáreas e a precariedade das condições de vida da população que vivia no topo do morro, que deveria ser o alvo prioritário, não só das ações de saúde da equipe, como dos demais órgãos da administração municipal.

Estes quatro critérios básicos não devem ser observados isoladamente, mas ao contrário, devem ser considerados em conjunto na delimitação da área de abrangência da unidade, respeitando a autonomia dos municípios em utilizar ou adaptar tais critérios a sua realidade. Assim, a recomendação de que a equipe de saúde da família seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1.000 famílias deve ser adotada de forma flexível, observando a diversidade socio-política e econômica dos municípios (BRASIL, 1997).

É importante ressaltar que a delimitação da área de abrangência da unidade não deve ser um mero procedimento burocrático do nível central da Secretaria Municipal de Saúde. Muitas vezes, após a delimitação da área de atuação de uma equipe de saúde da família, aparece como problema a "resistência" da população em bus-



car atenção às suas necessidades de saúde naquela unidade específica. Este fato merece uma reflexão mais aprofundada, onde as questões que levariam a população a buscar atendimento em outra unidade possam ser explicitadas.

Como refere PAIM (1994), "se a adscrição da população de uma determinada área a uma unidade básica de saúde, que por sua vez está ligada a uma estrutura de serviços especializados, cria uma obrigatoriedade para o indivíduo, limitando sua possibilidade de escolha e deslocamento, no projeto do SUS este modelo deveria garantir o acesso de todos e de cada um a serviços de qualidade, organizados de forma racionalizada, em distritos sanitários".

Ou seja, a unidade de saúde da família, além de assegurar a prestação de ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação, característicos do nível básico de atenção, deve representar a porta de entrada de um sistema local de saúde, assegurando a referência e contra-referência para os demais níveis do sistema, desde que identificada a necessidade de maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1997).

Neste modelo, a vinculação da população à unidade de saúde não representa um fim em si, e sim, uma etapa essencial para a organização de um sistema hierarquizado e resolutivo. É neste sentido que a estratégia de saúde da família pode contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, inaugurando uma nova dinâmica de atuação na unidade básica, que lhe atribui maior resolutibilidade às necessidades da população de sua área de abrangência e a garantia do acesso desta população aos demais níveis do sistema.

Outra questão fundamental a ser considerada é a participação popular no processo de delimitação da área de abrangência da unidade de saúde da família.

UNGLERT (1995) ressalta que uma unidade de saúde pode ter uma área de influência e uma área de abrangência. A área de influência de um serviço se baseia na lógica assistencial gerada pela pressão da demanda espontânea, sendo mais ou menos dispersa, estabelecida pela população segundo as distintas modalidades de acessibilidade dos serviços (geográfica, funcional, cultural e econômica). A delimitação da área de abrangência de uma unidade, segundo a lógica da vigilância da saúde, é construída através da apropriação do território pela equipe de saúde, pela aplicação de instrumentos que garantam a participação da população no processo.

Discutindo o processo de territorialização, esta autora propõe a metodologia do planejamento, envolvendo os diversos atores sociais como processo onde se dá a apropriação do território, numa lógica voltada à saúde (UNGLERT, 1995).

No caso das equipes de saúde da família, um instrumento básico do processo de territorialização é o cadastramento das famílias, realizado através de visita



domicí
de Inf

O cad
demogr
sanitár
atravé
(BRAS

A anál
fundam
área d
ticas c
das co
cadast
do ser
e os d

A part
grupo
micro
quad
volv
integr

As et
de so

Como
deve
popul

Para
equip
terri
al co

As o

⁸ Os ins
Inform
⁹ Muit
te ou d
da unid
¹⁰ Os s
Sisten



domiciliar, em especial, pelos agentes comunitários da equipe, utilizando o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)⁸.

O cadastramento familiar permite o conhecimento das características demográficas, sócio-econômicas, culturais, do meio ambiente, epidemiológicas e sanitárias. A sua realização inicia o vínculo da equipe de saúde com a comunidade, através da construção de uma relação que precisa ser interativa, aberta e amável (BRASIL, 2000).

A análise do cadastramento, realizada pela equipe e pela população, é uma etapa fundamental no processo de territorialização, podendo inclusive, redimensionar a área de abrangência da unidade a partir do conhecimento do número e características da população residente⁹. Este processo implica na realização do diagnóstico das condições de vida e saúde da comunidade, a partir da consolidação do cadastramento e das diversas fontes de informação disponíveis no município, devendo ser utilizadas tanto as fontes oficiais, como os sistema de informação de saúde¹⁰ e os dados do IBGE, como as informações provenientes da própria comunidade.

A partir da análise da situação de saúde da população e identificação de áreas e grupos de risco é possível elaborar o mapeamento da área, definindo e microlocalizando os problemas de saúde, permitindo o planejamento de ações adequadas a natureza dos problemas, que não se restringem aquelas a serem desenvolvidas na unidade de saúde, abrangendo ações intersetoriais, visando a integralidade, efetividade e equidade (TEIXEIRA & cols., 1998).

As etapas do processo de territorialização da área de abrangência da unidade de saúde da família

Como já foi discutido, a delimitação da área de abrangência de uma unidade básica deve ser construída pela apropriação do território pela equipe de saúde e pela população.

Para garantir a participação popular é importante a realização de oficinas com a equipe de saúde e a comunidade, onde todos sejam envolvidos no processo de territorialização da área, fortalecendo o princípio da participação e controle social contido na Constituição e que norteia a estratégia de saúde da família.

As oficinas de territorialização tem como objetivos:

⁸ Os instrumentos do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) são apresentados no Texto de Apoio 5 "Sistema de Informação da Atenção Básica".

⁹ Muitas vezes, após o cadastramento das famílias da área evidencia-se erros nas estimativas acerca da população residente ou desatualização dos mapas disponíveis, exigindo a redefinição da população ou o remapeamento da área de abrangência da unidade de saúde da família.

¹⁰ Os sistemas de informação em saúde de base nacional são apresentados e discutidos no Texto de Apoio 4 "Principais Sistemas de Informação de Abrangência Nacional".



1. construir a análise das condições de vida e saúde da população adscrita à unidade de saúde da família;
2. realizar o mapeamento da área e das microáreas;
3. realizar o planejamento local das atividades.

Uma etapa fundamental da análise da situação de saúde é a construção da história da comunidade, de forma a resgatar o processo de construção desse território. Esta história pode ser sistematizada a partir dos relatos dos membros mais velhos da comunidade, das pessoas que residem há mais tempo na área e das lideranças da comunidade.

A elaboração coletiva da "história de vida" de uma área é um momento que possibilita o conhecimento da ocupação do espaço social e dos valores, crenças e conhecimentos da população, o que é fundamental para o processo de planejamento e programação local. Esta história é, na maioria das vezes desconhecida dos profissionais da unidade e, algumas vezes, conhecida apenas de forma fragmentada por cada um dos membros da comunidade. Aspectos relevantes para o entendimento e intervenção nas condições de saúde são revelados como: a data da ocupação da área (algumas áreas, especialmente nas periferias urbanas, tem história de invasão e de luta pela legalização da ocupação do espaço, enquanto que nas áreas rurais, são freqüentes os processos de assentamento de trabalhadores); conquista da energia elétrica, do abastecimento de água, da construção da unidade, pessoas que se destacaram, formas de organização popular, vitórias e fracassos na luta por melhores condições de vida (VILASBÔAS e cols., 1995).

Assim, é possível, para todos os participantes, compreender a noção de território-processo, "território de vida pulsante, de conflitos, de interesses diferenciados em jogo, de projetos e de sonhos" (MENDES & cols., 1995).

Além da história da área, para construir a análise da situação de saúde, deverão ser utilizados os dados demográficos, socio-econômicos, epidemiológicos e sanitários, analisados a partir do cadastramento familiar e de outros dados disponíveis, sendo o Sistema de Informação da Atenção Básica a principal fonte de informação.

A análise da situação de saúde permite conhecer:

- as características demográficas (idade e sexo), socioeconômicas (ocupação e escolaridade) e as condições de moradia e saneamento básico;
- a caracterização dos aspectos culturais e religiosos da comunidade;
- o grau e a organização de grupos comunitários, em especial, a existência de mecanismos de controle social, como Conselho Municipal de Saúde e Conselho Local de Saúde atuantes;



- as condições do meio ambiente: condições de pavimentação das ruas ou estradas (áreas rurais); principais vias de acesso e meios de transporte; existência de praças, quadras de esporte e outros locais de lazer; existência de depósitos de lixo ou lixões, de córregos ou rios que recebem esgoto e fábricas ou estabelecimentos que emitem poluentes;
- perfil epidemiológico da população - principais doenças e agravos que acometem a população; condições e grupos de risco; principais causas de óbitos;
- as condições dos serviços de saúde existentes.

A análise da situação tem como objetivo identificar os problemas de saúde mais importantes da área, detectando áreas e grupos populacionais de maior risco.

A partir da análise de situação de saúde é possível elaborar o mapeamento local, que deve ter a participação de todos. População e equipe de saúde devem ser estimulados a se envolverem na construção dos mapas. As pessoas podem, por exemplo, identificar sua rua e as características da área que considera relevantes na determinação das condições de vida e saúde.

O mapeamento local é constituído de duas formas. A primeira é a construção de uma mapa estático ou básico e a segunda permite a construção de mapas inteligentes (BRASIL, 2000).

O mapa estático, assim chamado porque apresenta as características permanentes da região, contém a delimitação territorial da área com o desenho das ruas, pontes, córregos e rios, as barreiras geográficas e deve conter a delimitação precisa das micro-áreas de atuação dos agentes comunitários. Permite ainda localizar os serviços de saúde e outros equipamentos sociais, como creches, escolas, igrejas, posto policial, farmácias, associações de moradores, casas dos ACS, de parteiras e benzedeiras, e os locais de realização de feiras livres, depósitos de lixo, matadouros, etc. (BRASIL, 2000).

Os mapas inteligentes, também chamados de mapas temáticos, retratam situações dinâmicas e devem ser modificados permanentemente. Estes mapas permitem a localização dos diversos grupos populacionais da área (gestantes, crianças menores de 1 ano, crianças desnutridas, hipertensos, etc.) e dos problemas de saúde identificados na análise da situação de saúde (áreas sem saneamento básico, sem coleta regular de lixo, etc.) (BRASIL, 2000 e TEIXEIRA e cols., 1998).

Para construção dos mapas podem ser utilizados símbolos de fácil reconhecimento pela população (ícones), acompanhados de uma legenda adequada. Também devem ser utilizados os pontos cardinais para orientação da sua posição (BRASIL, 2000).

Os mapas devem ser confeccionados com material resistente, para que possam ficar expostos na unidade. Usar material que permita afixar (plotar) sinais que representem as características descritas acima. Podem ser usadas folhas de zinco, isopor ou cortiça para o mapa estático e material transparente para os mapas



temáticos, para que possam ser sobrepostos ao mapa estático.

A confecção em separado do mapa estático e do mapa inteligente é recomendada para evitar a poluição visual, quando são utilizadas várias informações em um só mapa, o que dificulta o seu entendimento (BRASIL, 2000).

Como o território é vivo e dinâmico, assim deve ser sua apropriação pela equipe de saúde da família. O processo de territorialização de uma área nunca se esgota, devendo ser permanentemente revisto e atualizado, junto com a população.

Realizado o processo de territorialização da área, a partir da análise da situação de saúde, a equipe, com a participação da população, pode realizar o planejamento de suas atividades.

Como será discutido nos Textos de Apoio 6 e 7, o planejamento local parte da definição dos problemas prioritários e dos grupos e microáreas de risco para definir objetivos e metas a serem atingidos, a partir da construção de uma programação das atividades a serem realizadas pela equipe é de ações intersetoriais. Esta programação deve ser permanentemente avaliada, de forma a acompanhar as mudanças ocorridas na comunidade, buscando a sua readequação, sempre que necessário às necessidades locais de saúde.

Para finalizar, apresenta-se, para reflexão, as observações de um geógrafo brasileiro, que muito contribuiu para construção de uma Nova Geografia, Professor Milton Santos, citado por VILLASBOAS e colaboradores (1995):

- "a apropriação do território é a única forma de entender o próprio país. A vida e suas relações não existem fora do território, do espaço local. O mundo, pois é apenas uma construção, e não existe como realidade concreta;
- o desenvolvimento do território poderia gerar formas intermediárias de governo com organização política própria, identificação e ação sobre interesses concretos da população local;
- somente o espaço local pode produzir algum tipo de cidadania, de possibilidade de escolher a própria vida, e de regras que conduzem a sociedade;
- a partir do território é possível construir alternativas de desenvolvimento auto-sustentado;
- reconhecer o território e agir nele, recoloca o ser humano como ator principal do governo sobre este território".

Refer
BRAS
za
BRAS
Ca
MEN
co
mu
Ri
PAIA
ai
Ca
SOU
de
tr
TEI
lô
UNG
D
t
1
VIL
E
S



Referências bibliográficas:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica 1. Brasília. Ministério da Saúde, 2000. 44 p.
- MENDES, E.; TEIXEIRA, CF.; ARAÚJO, EC; CARDOSO, MRL. Distrito sanitário: conceitos-chave. In: MENDES, E. (org.) Distrito sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1995.
- PAIM, J. Saúde e Estrutura Social: introdução ao estudo dos determinantes sociais da saúde. In: SILVA, LV (org.) Saúde Coletiva - Textos Didáticos. Salvador, Centro Editorial e Didático da UFBA, 1994.
- SOUZA, Luiz E. A utilização da microlocalização de problemas na vigilância à saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E.V. (org.) A vigilância à saúde no distrito sanitário. Brasília, OPAS/OMS, 1992. p. 71-88.
- TEIXEIRA, C; PAIM & VILLASBÔAS, AL. J. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. Informe Epidemiológico do SUS, 2: 7-28, 1998.
- UNGLERT, C. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: MENDES, E. (org.) Distrito sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1995.
- VILLASBÔAS, AL, MELO, C & ALMEIDA, L. A Territorialização em Saúde como Estratégia de Reorganização de Práticas Sanitárias na Secretaria Municipal de Saúde do Salvador, Bahia. Salvador, Bahia, 1995.