



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE GEOGRAFIA
CURSO DE LICENCIATURA EM GEOGRAFIA

Jefferson Santos Fernandes

**TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE DE
AURORA-CE: uma perspectiva de análise geográfica**

CAJAZEIRAS-PB

2018

Jefferson Santos Fernandes

**TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE DE
AURORA-CE: uma perspectiva de análise geográfica**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de licenciatura em Geografia do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande como requisito parcial para a obtenção do título de graduado.

Orientador: Prof. Dr. Santiago Andrade Vasconcelos.

CAJAZEIRAS-PB

2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras - Paraíba

S363t Fernandes, Jefferson Santos.

Territorialização da Estratégia Saúde da Família na cidade de Aurora-
CE: uma perspectiva de análise geográfica / Jefferson Santos Fernandes. -
Cajazeiras, 2018.

90f.: il.

Bibliografia.

Orientador: Prof. Dr. Santiago Andrade Vasconcelos.

Monografia (Licenciatura em Geografia) UFCG/CFP, 2018.

1. Geografia. 2. Território. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Aurora-
CE. I. Vasconcelos, Santiago Andrade. II. Universidade Federal de

JEFFERSON SANTOS FERNANDES


TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE DE
AURORA-CE: uma perspectiva de análise geográfica

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de licenciatura em Geografia do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande como requisito parcial para a obtenção do título de graduado.

Banca Examinadora


Prof. Dr. Santiago Andrade Vasconcelos (UNAGEO/CFP/UFCG – Orientador)


Prof. Dr. Josias de Castro Galvão (UNAGEO/CFP/UFCG – Examinador)


Prof. Me. Henrique Gonçalves Dantas de Medeiros (UACV/CFP/UFCG – Examinador)

Aprovado em: 13/03/2018

À minha mãe Aurinete, e ao meu pai Francisco,
pelo exemplo de vida, honra e dignidade.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e aos meus irmãos, Francisco Júnior e Pedro, família com quem tenho o prazer de compartilhar as dores e alegrias diárias.

À minha tia Acilda e seu esposo Cícero, pelo acolhimento em sua residência nos anos iniciais da graduação e pelos votos de confiança no meu trabalho.

A todos os familiares, avós, tios e primos, pela presença e apoio nos bons e maus momentos.

À Fábria Larissa, por me fazer ver, a cada dia, que a felicidade está nas questões simples da vida.

Aos amigos Rafael, Cícero, Kayame, Manoel, Rodolfo, Ariel, Mismana, Antoniel, Jonas, Maglândio e Pierre, pelas boas conversas e ocasiões vividas de maneira singular.

À Universidade Federal de Campina Grande, pelos profissionais e infraestrutura que garantem um ensino superior público de qualidade.

Ao Prof. Dr. Santiago Andrade Vasconcelos, pela paciência nas atividades de orientação e por ser um amigo que levo desta caminhada.

À Profa. Dra. Ivanalda Dantas Nóbrega Di Lorenzo, pelo apoio na construção acadêmica e pela amizade.

Aos colegas de curso, em especial Maiara, Dalilla, Betânia, Joaquim, Sinval e João Paulo, por compartilhar das risadas, angústias e desafios nos últimos anos.

Ao Centro Acadêmico de Geografia, pelo aprendizado na militância estudantil.

Ao Levante Popular da Juventude, pela oportunidade de conhecer o Brasil e o seu povo, e por fortalecer o meu desejo de lutar por um país melhor.

DAS UTOPIAS

*Se as coisas são inatingíveis...ora!
Não é motivo para não querê-las
Que triste os caminhos que não fora
A presença distante das estrelas*

(Mário Quintana)

RESUMO

A saúde no Brasil tem experimentado mudanças significativas com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como um direito universal e gratuito. Para garantir tal condição o Estado brasileiro precisou organizar-se sobre uma base territorial de modo a garantir o acesso a todo e qualquer cidadão. Neste contexto surge nos anos 1990 a Estratégia Saúde da Família (ESF) com uma proposta de reorientação do modelo assistencial antes centrado na figura do médico e do hospital. O trabalho da ESF é organizado em uma equipe multiprofissional responsável por uma população em um território-alvo. O modo como este território é definido, no entanto, provoca algumas dúvidas e incertezas quanto ao método atualmente empregado pelos gestores e profissionais de saúde. A territorialização da atenção básica tem se pautado geralmente em processos político-burocráticos, atendendo a exigências de órgãos e instituições que desconsideram a dinâmica do território onde interagem diversos agentes políticos na construção do seu lugar geográfico. Neste trabalho analisamos a territorialização da ESF na cidade de Aurora, estado do Ceará, tendo como recorte metodológico as Unidades Básicas de Saúde (UBS) Araçá I e II, desvendando alguns dos seus sentidos e possíveis limitações. Foram realizadas pesquisas bibliográficas e documentais, visitas *in loco* e entrevistas com a gestão municipal, os profissionais de saúde e as famílias territorialmente pertencentes às unidades supracitadas, resultando na produção de quadros, tabelas, mapas e ilustrações concernentes ao assunto. A pesquisa apontou que a territorialização baseou-se na contagem de pessoas e famílias por meio dos dados coletados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em suas microáreas como elemento condicionante para a demarcação geográfica dos serviços. A não participação da comunidade evidenciou a centralização das decisões políticas no planejamento territorial em saúde. A democratização aqui é entendida como um aspecto essencial para a consolidação da ESF, a partir do reconhecimento das formas geográficas e os usos do território pelos sujeitos que o constituem e o transformam. Assim, o que norteia o presente estudo não é a contraposição aos avanços já feitos na assistência à saúde, mas a construção de possibilidades, acreditando que a perspectiva geográfica pode agregar propostas para o trabalho da ESF sobre o território.

Palavras-chave: Geografia. Território. Estratégia Saúde da Família. Aurora-CE

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Mapa de Localização do Município de Aurora-CE	51
Figura 02 – Mapa das Macrorregiões de Saúde do Ceará	52
Figura 03 – Mapa da Microrregião de Saúde de Brejo Santo-CE	53
Figura 04 – Territórios da ESF em Aurora-CE	56
Figura 05 – Localização das UBS Araçá I e II na cidade de Aurora-CE	57
Figura 06 – Território da ESF Araçá I	61
Figura 07 – Território da ESF Araçá II	62

LISTA DE IMAGENS

Imagem 01 – Vista parcial da UBS Araçá I	58
Imagem 02 – Vista parcial da UBS Araçá II	58
Imagem 03 – ACS na Rua Bela Vista, território Araçá I	64
Imagem 04 – ACS na Rua do Poço, território Araçá II	64

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Microrregiões de Saúde do Cariri, Ceará	52
Quadro 02 – Estabelecimentos de saúde por níveis de atenção, Aurora-CE	54
Quadro 03 – UBS por zona e população adscrita, Aurora-CE	55
Quadro 04 – Composição das Equipes de Saúde da Família, Araçá I e II	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Distribuição numérica e percentual de famílias participantes da pesquisa	63
Tabela 02 – Participação das famílias entrevistadas e profissionais de saúde no processo de territorialização	66

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Recursos utilizados no processo de territorialização, segundo os profissionais de saúde	67
Gráfico 02 – Renda familiar dos participantes da pesquisa	68
Gráfico 03 – Escolaridade dos participantes da pesquisa	68
Gráfico 04 – Relação da comunidade com a equipe de saúde, na visão dos usuários	70
Gráfico 05 – Relação da comunidade com a equipe de saúde, na visão dos profissionais	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIS – Ações Integradas de Saúde

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

BM – Banco Mundial

CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CE - Ceará

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CFP – Centro de Formação de Professores

CIR – Comissão Intergestora Regional

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CRES – Coordenadoria Regional de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DNERU – Departamento Nacional de Endemias Rurais

ESF – Estratégia Saúde da Família

eSF – Equipe de Saúde da Família

FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FMI – Fundo Monetário Internacional

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

FUNRURAL – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LOS – Leis Orgânicas da Saúde

NAAF – Núcleo Aurorense de Apoio a Autistas e Familiares

NASF-AB – Núcleo de Ampliado de Saúde da Saúde da Família e Atenção Básica

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericna de Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PIB – Produto Interno Bruto

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMS – Plano Municipal de Saúde

PPI – Programação Pactuada Integrada

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa Saúde da Família

RBMC – Rede Brasileira de Monitoramento Contínuo dos Sistemas GNSS - Global Navigation Satellite Systems

SAD – Serviço de Atendimento Domiciliar

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SIG – Sistema de Informação Geográfica

SISAB – Sistema de Informação em Saúde para à Atenção Básica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TSB – Técnico em Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde Fluvial

UFMG – Universidade Federal de Campina Grande

UGI – União Geográfica Internacional

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 GEOGRAFIA, ESPAÇO, TERRITÓRIO E SAÚDE.....	16
2.1 Da Geografia Médica à Geografia da Saúde	19
2.2 Espaço e território: conceitos e implicações para a saúde.....	23
2.3 A saúde no contexto do meio técnico-científico-informacional	29
3 QUESTÕES GERAIS SOBRE A SAÚDE NO BRASIL	33
3.1 Um resgate histórico do direito à saúde	34
3.2 Normatizações, avanços e desafios do SUS	40
3.3 Saúde da Família: a reorientação do modelo assistencial e os impasses da política de territorialização	45
4 A GESTÃO DA SAÚDE E A TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM AURORA-CE	50
4.1 O município de Aurora-CE e a geografia dos serviços de saúde.....	50
4.2 UBS Araçá I e II: caracterização e recortes espaciais	57
4.3 Os sujeitos sociais no processo de territorialização da atenção básica.....	63
4.4 O território da ESF: das propostas às (in)compatibilidades.....	69
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS	75
APÊNDICE - Roteiro de Entrevista	80
ANEXO I – Termo de Anuência Institucional.....	86
ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE	87
ANEXO III - Fichas de Cadastramento Domiciliar e Individual (Ficha A)	88

1 INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil tem experimentado importantes mudanças com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como um direito universal e gratuito. Para garantir tal condição o Estado brasileiro precisou organizar-se sobre uma base territorial de modo a garantir o acesso a todo e qualquer cidadão em território nacional.

É neste contexto que surge a Estratégia Saúde da Família (ESF) nos anos 1990 como um modelo de atenção centrado no trabalho de uma equipe multiprofissional responsável por uma população adscrita¹ em uma área delimitada. O desafio operacional da ESF é desenvolver atividades de promoção, prevenção e reabilitação à saúde da população com base em um território-alvo.

O SUS através da ESF carece de uma delimitação geográfica para a organização dos serviços de saúde em nível local. Deste modo a estruturação da atenção básica vem sendo realizada por meio da territorialização, que constitui uma técnica de planejamento utilizada para o controle e direção do fluxo de usuários no interior do sistema de saúde complexo. Esta territorialização, contudo, tem provocado algumas dúvidas e incertezas quanto ao método atualmente empregado pelos gestores e profissionais de saúde, uma vez que a adscrição de clientela tem sido o principal fator condicionante do processo. Define-se uma população a priori e o seu território com base na capacidade de oferta dos serviços, este é o ato territorializador. Assim, a territorialização em geral tem representado uma prática político-burocrática que, por vezes, não corresponde a realidade vivida e praticada no território.

A presente pesquisa tem por objetivo analisar a territorialização da ESF na cidade de Aurora-CE, desvendando alguns dos seus sentidos e possíveis limitações. Buscamos avaliar os critérios político-organizativos e a participação dos sujeitos sociais no referido processo, discutindo a ESF na perspectiva da organização territorial.

Para atingir tais objetivos optamos, como recorte metodológico, analisar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) Araçá I e II, na sede do município. Foram realizadas pesquisas bibliográficas e documentais, visitas *in loco* e a aplicação de questionários com a gestão municipal, os profissionais de saúde e as algumas famílias adscritas territorialmente a estas

¹ Termo utilizado para referir-se ao número de pessoas e famílias sob a responsabilidade de uma equipe de Saúde da Família.

unidades, onde os resultados são apresentados em forma de quadros, tabelas, gráficos, mapas e imagens concernentes ao assunto².

Desta forma, a pesquisa está organizada a partir de três capítulos. No capítulo “Geografia, Espaço, Território e Saúde”, é feita uma discussão teórica e conceitual acerca das imbricações existentes entre a ciência geográfica e o tema saúde. A Geografia acompanhou as transformações verificadas no meio social e científico, com diferentes preocupações que resultaram na passagem da Geografia Médica para a Geografia da Saúde. A epistemologia geográfica tem destacado, sobretudo, os conceitos de espaço e território como principais categorias de análise neste setor, apresentando concepções diferenciadas de acordo com determinadas correntes e escolas do pensamento. O espaço geográfico e o seu atual estágio de desenvolvimento, entendido por Santos (2012) como meio técnico-científico-informacional, possui importantes desdobramentos no processo saúde-doença³ a partir das técnicas da informação e dos processos globais no sistema capitalista.

No capítulo “Questões Gerais sobre a Saúde no Brasil” percorremos os principais momentos que marcam a história da saúde pública do país. A saúde esteve por muito tempo atrelada ao sistema previdenciário, onde o acesso aos serviços se dava como uma prerrogativa daqueles que podiam contribuir com a previdência ou comprar por serviços médicos particulares. É somente com o advento do SUS em meio a mobilização da sociedade civil por uma reforma sanitária nos anos finais do século XX que a saúde passa a ser considerada como um direito do cidadão e a sua oferta um dever do Estado. Os princípios doutrinários e as diretrizes organizativas deste sistema por sua vez compõem um conjunto de leis onde interagem diversos atores políticos. Nestas condições a ESF é vista em seus principais aspectos normativos, destacando-se os impasses da política de territorialização da atenção básica.

No capítulo “A Gestão da Saúde e a Territorialização da Estratégia Saúde da Família em Aurora-CE” apresentamos a organização dos serviços de baixa, média e alta complexidade. Por ser Aurora um município de baixa densidade técnica e demográfica, as infraestruturas e equipamentos de saúde estão assentados no trabalho das equipes de saúde nas UBS, ao passo que os serviços de maior densidade tecnológica e de alto custo estão dispostos de forma

² A pesquisa foi submetida para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Formação de Professores (CFP) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). No entanto, o parecer do CEP não foi possível com tempo hábil para a apresentação do trabalho no período 2017.2. Como garantia do não ferimento das questões éticas, já que a presente pesquisa envolve seres humanos, temos o Termo de Anuência Institucional assinado pela Secretaria Municipal de Saúde de Aurora (SMS) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos participantes da pesquisa (Anexos I e II).

³ Constitui todas as variáveis que envolvem a “saúde” e a “doença” de um indivíduo ou de um grupo populacional, considerando-se que ambos os estados estão interligados (GOMES, 2015).

regionalizada em centros de referência no âmbito do estado do Ceará. A pesquisa apontou que os usuários reconhecem a ESF em seus propósitos institucionais na busca pela melhora das condições de vida, mantendo uma boa relação com a comunidade. No entanto, ao analisar a territorialização percebemos que os gestores e profissionais de saúde, únicos a participar do processo, realizaram um mapeamento baseado na contagem de pessoas e famílias, seguindo as exigências normativas do Ministério da Saúde. Não houve, assim, uma preocupação acerca das formas geográficas e do reconhecimento dos usos do território pelos sujeitos sociais (a comunidade) que o constituem e transformam. Logo, a territorialização aqui estudada prendeu-se a burocratização do setor saúde. Um delineamento no mapa que, por vezes, desconsidera a dinâmica e a produção do espaço social, aspecto fundamental para a consolidação da ESF.

Ao final, apontamos a perspectiva geográfica como uma forma de agregar propostas ao trabalho da ESF, sendo o território a categoria de análise mais recomendada para o planejamento e distribuição dos serviços. Assim, o que norteia este trabalho não é a contraposição aos avanços já alcançados na assistência à saúde, mas a construção de possibilidades que venham contribuir para a organização territorial da atenção básica.

2 GEOGRAFIA, ESPAÇO, TERRITÓRIO E SAÚDE

A Geografia é uma ciência social que busca compreender o complexo jogo de interações que envolvem o homem e a natureza. Para isso, toma em seus estudos o espaço e as categorias que o compõe, como território, região, paisagem e lugar. É por meio destas categorias que a Geografia se mostra como sendo capaz de analisar o mundo e a sociedade que o constitui e transforma, aproximando-se de outros campos do conhecimento como as ciências da saúde, em especial a Epidemiologia⁴.

O olhar geográfico sobre o processo saúde-doença não é uma prática nova e passou por profundas mudanças ao longo do tempo, acompanhando as transformações econômicas, políticas, filosóficas e culturais que repercutem e reformulam a metodologia e a concepção de ciência. A Geografia, por sua vez, teve seu campo teórico-metodológico ajustado às necessidades do setor saúde.

As imbricações existentes entre a ciência geográfica e a saúde são motivo de um

⁴ De acordo com Santana et al (2013) apud Gomes (2015, p. 07) a Epidemiologia é a “ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle e erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações em saúde”.

interesse acadêmico-científico cada vez maior⁵. Prova disso é a realização de pesquisas e fóruns sobre o tema no Brasil, como o Simpósio Nacional de Geografia da Saúde. A saúde vem sendo considerada como um campo dinâmico e interdisciplinar de investigações, podendo se apropriar de conceitos e temas originários de outras ciências, que na Geografia, sobretudo, se traduzem na incorporação dos conceitos de espaço e território.

Entre as principais produções teóricas que tratam das relações entre Geografia e Saúde podemos tomar como referência para o presente trabalho as pesquisas desenvolvidas por Barcellos (2006, 2008), Paraguassu-Chaves (2001), Rojas (2003), Monken et al (2008), Gondim et al (2008), Faria e Bartolozzi (2009) e Guimarães (2001, 2015) e outros autores da Geografia que buscaram compreender o conceito de espaço e território, como Raffestin (1993), Santos (1985, 2012), Santos e Silveira (2001), Corrêa (1995, 1996) e Saquet (2007).

Guimarães (2015) considera que as ciências da saúde têm buscado explicações alternativas para a compreensão do processo saúde-doença, e neste contexto inserem-se alguns conceitos da Geografia. Uma releitura do espaço geográfico através das formulações da Geografia Crítica contribuiu para uma nova percepção da determinação das doenças. A Geografia Humana e a Geografia Física apresentam um conjunto de fundamentos teórico-metodológicos que auxiliam neste processo, através das discussões sobre o espaço social e o meio natural. A política, a economia, a cultura e os elementos naturais como clima, vegetação e relevo são componentes essenciais para uma análise geográfica em saúde.

Não obstante o reconhecimento da importância dos estudos geográficos para a Epidemiologia, pouco se tem feito no sentido inverso, isto é, adotar a saúde como um importante conceito para o desenvolvimento da Geografia. Rojas (2003) questiona por que muitos geógrafos ainda resistem em incluir o tema saúde em suas investigações, haja vista que a saúde, como conceito, é um problema muito mais social do que médico.

Barcellos et al (2008) apontam que a complexidade do processo saúde-doença no mundo contemporâneo, marcado pelo (re)aparecimento de doenças infecciosas e pelas doenças crônico-degenerativa, foi responsável por uma enorme crise no setor saúde e nos modelos de explicação dos fenômenos. Diversos são os determinantes e escalas geográficas que passaram a fazer parte do arsenal investigativo das ciências médicas. Para o autor, as condições de saúde

⁵ Um levantamento feito por Faria e Bartolozzi (2009) destaca os trabalhos de autores tradicionais como Josué de Castro, Samuel Pessoa e Carlos da Silva Lacaz e pesquisadores contemporâneos como Luiz Jacinto da Silva (Unicamp), Paulo C. Sabroza (Fiocruz), Maurício L. Barreto (UFBA), Christovan Barcellos (Fiocruz), Francisco Mendonça (UFPR), Raul Borges Guimarães (UNESP), Samuel do Carmo Lima (UFU) e Marcos César Ferreira (Unicamp).

dos grupos socioespaciais estão intimamente relacionadas aos fenômenos globais, regionais e locais, formando um enorme campo de forças entre diversos atores políticos.

Diante da globalização da natureza explorada pelo modo de produção capitalista e os problemas ambientais daí decorrentes, temos também a globalização dos problemas de saúde (BUSS, 2007). Assim, na configuração de um mundo em rede, o fluxo de vírus e bactérias pelas regiões do globo é responsável pela produção de grandes epidemias. Tal condição abre possibilidades para uma discussão da saúde e seus desdobramentos no meio técnico-científico-informacional⁶.

A pluralidade conceitual e metodológica da Epidemiologia permite considerarmos que a saúde está intimamente atrelada ao conceito de espaço geográfico. Segundo Guimarães (2015, p. 79) a saúde pode ser definida como “(re)produção do espaço vivido e materialização da velocidade do tempo”, levando em conta o modo de vida das populações humanas e o contexto histórico de produção das doenças. Na visão do autor, saúde, espaço e tempo são categorias indissociáveis.

A compreensão da saúde sob o ponto de vista geográfico deve considerar a relação entre algumas categorias como extensão (habilidade de localização dos objetos no espaço), ordem (distribuição dos elementos geográficos) e conexão (elo existente entre os objetos e as ações humanas), tendo em conta a sua espacialidade (op. cit.).

Com as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1947, a Epidemiologia sofre um profundo processo de renovação epistemológica, posto que o conceito de saúde até então estava calcado numa visão biomédica de ausência das doenças, passando a ser compreendida como um completo estado de bem-estar físico, mental e social.

A Epidemiologia Crítica⁷, que apresenta fortes aproximações com a corrente geográfica de orientação marxista emergente nos anos 1970, veio com uma preocupação voltada para a saúde coletiva, rompendo com a visão de saúde centrada apenas no indivíduo. Valoriza-se a promoção da saúde na comunidade, com políticas e práticas no âmbito local. No Brasil, tivemos nas últimas décadas do século XX o movimento de Reforma Sanitária, cujas propostas serviram de base para a consolidação do SUS. Um dos principais resultados deste movimento foi a implementação nos anos 1990 da ESF, objeto de investigação da presente pesquisa.

⁶ Este assunto é analisado de forma mais aprofundada no item 2.3 “A saúde no contexto do meio técnico-científico informacional”.

⁷ Para Gomes (2015) a Epidemiologia Crítica leva em conta o modelo dialético para o estudo do processo saúde-doença no contexto das contradições do sistema de reprodução social.

Por estas e outras razões, destacaremos, neste capítulo, as aproximações entre Geografia e a Saúde. A seguir, serão abordados a evolução epistemológica, a importância das categorias espaço e território e os contextos que marcam a saúde no período atual.

2.1 Da Geografia Médica à Geografia da Saúde

Num estudo que trate da relação entre Saúde e Geografia, faz-se necessário percorrer o desenvolvimento histórico destes dois campos do conhecimento. Para tanto, nos remontamos inicialmente a antiguidade clássica, sendo Hipócrates (460 a. C – 360 a. C), “Pai da Medicina”, o primeiro a estabelecer uma relação concreta entre doença e espaço. Para ele, o ambiente habitado pelo homem e as suas características naturais eram determinantes para a produção de doenças (PARAGUASSU-CHAVES, 2001).

As formulações de Hipócrates constituem os primeiros registros de uma discussão ambiental em saúde. Isto representou um grande salto para a ciência, dado o fato de que não haviam explicações para a transmissão das enfermidades. Até então, acreditava-se que os processos de adoecimento e seus desfechos (cura ou morte) resultavam de forças sobrenaturais, onde os fenômenos eram explicados com base no método metafísico, segundo o qual, tudo que existe sempre existiu, e os fenômenos não são passíveis de transformação social e histórica (SUERTEGARAY, 2005). O médico e filósofo grego rompe com esta perspectiva e passa a defender que a doença seria o produto da complexa rede de relações entre o indivíduo e o ambiente que o cerca. No dizer de Paraguassu-Chaves (2001), Hipócrates, além de um médico à frente de seu tempo, constituiu-se, também, em um excelente geógrafo pré-cristão, podendo ser considerado o precursor da Geografia Médica.

A relação entre saúde e ambiente é, portanto, bastante antiga, e nesta relação destaca-se a existência das cidades. Hipócrates já ressaltava as cidades como locais propícios para a proliferação de doenças. Muitos sanitaristas (séculos depois) passaram a considerar o meio urbano como prioritário para o controle das enfermidades, entendendo que o comportamento das populações urbanas deveria ser o principal objeto de intervenção em saúde.

Um dos primeiros estudos neste assunto foi desenvolvido pelo médico e sanitarista inglês Jonh Snow na segunda metade do século XIX. Este pesquisador, ao analisar a epidemia de cólera em Londres, constatou que o consumo de água contaminada era a principal causa da doença, hipótese que só pode ser confirmada três décadas depois, quando feito o isolamento do agente etiológico (SNOW, 1999 apud GOMES, 2015). Não por acaso, o sanitário urbano foi fortemente praticado em alguns países europeus, acreditando-se que medidas pontuais como a retirada da população de locais insalubres seria a solução para o problema em questão.

Um estudo feito por Junqueira (2009) revela que os conhecimentos da Geografia Médica foram utilizados por alguns países nos séculos XVII e XVIII como estratégia de dominação de territórios. Havia a necessidade dos colonizadores, ao invadirem as novas terras, de coletar informações sobre o perfil sanitário dos povos nativos. Eram as chamadas expedições médico-geográficas, que tinham como objetivo proteger os exércitos e a relação comercial que então se estabelecia, onde foram elaborados os primeiros mapas de localização das principais moléstias.

A Geografia Médica neste período sofreu influência do Determinismo Ambiental, sendo o clima o principal agente natural responsável pela ocorrência das doenças. Os trabalhos de Ratzel sobre a relação homem e natureza serviram de base para estas formulações. Neste sentido, podemos considerar que:

A aproximação entre o saber médico e a geografia só foi impulsionada a partir do século XVI com os grandes descobrimentos, que colocaram a necessidade de se conhecer as doenças nas terras conquistadas, visando a proteção de seus colonizadores e ao desenvolvimento das atividades comerciais. Esse período corresponde ao predomínio da concepção determinista da geografia sobre a relação homem/natureza, de modo que as características geográficas, principalmente o clima, eram colocadas como responsáveis pela ocorrência das doenças (COSTA e TEIXEIRA, 1999 apud JUNQUEIRA, 2009 p. 03).

Com o fortalecimento do método positivista no século XIX, muitos médicos e sanitaristas passaram a acreditar que poderiam controlar a natureza mediante a aplicação de leis e técnicas de forma racional. O domínio do ambiente pelo homem, de maneira calculada, seria o principal objeto de intervenção para a prevenção contra as enfermidades (JUNQUEIRA, 2009). As aproximações entre Epidemiologia e Geografia são reforçadas através da cartografia, que auxiliava no estudo da distribuição regional das doenças.

Percebe-se que, até então, não haviam conhecimentos acerca dos agentes etiológicos das doenças, que sempre estavam associadas ao ambiente físico e sua relação direta com o ser humano. Foi somente a partir das formulações de Robert Koch e Louis Pasteur no século XIX, movimento conhecido como Revolução Bacteriológica (descoberta de fungos e bactérias), que a concepção sobre saúde e ambiente ganha novos significados (PEITER, 2005), resultando em um período de crise e obscuridade na Geografia Médica. As atenções voltaram-se para a descoberta de medicamentos a fim de combater diretamente o agente patológico. Logo, o ambiente passou a figurar em segundo plano nas análises em saúde, o que marca a concepção unicausal do tratamento das doenças.

A Geografia Médica somente volta a ganhar importância com as proposições de Pavlovsky sobre a tríade ecológica homem-ambiente-hospedeiro. Novamente o ambiente torna-

se uma categoria de análise indispensável para o tratamento do processo saúde-doença (JUNQUEIRA, 2009).

No entanto, é somente a partir do século XX, em meio a um cenário de profundas transformações políticas, econômicas e culturais, que a Geografia volta a contribuir para um estudo sistemático em saúde. Um dos principais teóricos foi o geógrafo francês Maximilien Sorre, que dedicou parte da sua obra analisando a distribuição e causa das principais doenças na superfície terrestre ao propor os conceitos de ecúmeno e complexo patogênico.

O ecúmeno corresponde ao espaço de relação entre os organismos vivos (vegetais e animais) e os agrupamentos humanos. Já complexo patogênico seria uma determinada parte da superfície (método regional) resultante da interação entre o agente causador da doença, o ser humano (hospedeiro) e o ambiente, com condições naturais e sociais propícias para a geração de determinadas enfermidades (SORRE, 1984)⁸.

O autor conseguiu aproximar, de maneira mais concreta, a Geografia da perspectiva ecológica da saúde, levando em conta o tempo de ocupação humana e seus ajustamentos em relação ao gênero de vida⁹. São essenciais, portanto, as condições de vida levando em conta os fatores sociais, políticos e econômicos. A obra de Maximilien Sorre evidencia a perspectiva francesa de uma Geografia Clássica, fortemente influenciada pelo pensamento lablachiano. Quanto ao método, é na Geografia Regional que suas ideias encontram base teórica e conceitual, onde a doença é entendida como um fenômeno localizável, podendo ser delimitado em áreas (op. cit).

O fim da Segunda Guerra Mundial marca um novo campo de possibilidades metodológicas à disposição da Geografia e da Epidemiologia (PARAGUASSU-CHAVES, 2001). Temos a emergência de técnicas modernas como o uso do computador, utilizado para o monitoramento espacial das doenças.

A Geografia Quantitativa¹⁰, de caráter neopositivista, contribuiu para o avanço das ciências da saúde através do aperfeiçoamento das técnicas cartográficas, como os mapas produzidos em ambientes de SIG (Sistema de Informação Geográfica). Acreditava-se que as doenças apresentavam certa regularidade espacial, passível de serem controladas com a

⁸Os complexos patogênicos recebiam o nome da doença a que se referiam, como o complexo da malária, da peste, da doença do sono etc (PARAGUASSU-CHAVES, 2001).

⁹Conceito de Paul Vidal de La Blache, segundo o qual os homens desenvolvem hábitos que lhes permitem utilizar os recursos da natureza através das técnicas. Assim, um gênero de vida implica em uma ação metódica e contínua que age fortemente sobre a natureza afetando o aspecto fisionômico das áreas (LA BLACHE, 1911).

¹⁰Movimento de renovação epistemológica emergente nos anos 1950. De acordo Suertegaray (2005) a Geografia passa a ser útil ao planejamento do capitalismo monopolista de Estado, visto que suas atenções estavam voltadas para a organização espacial.

utilização de métodos adequados. Aliás, a cartografia digital continua, atualmente, a ser um dos principais recursos do setor saúde em planejamento territorial.

A Geografia Médica, ora tida como um ramo da Epidemiologia (PESSÔA, 1978) ora como um ramo da Geografia (SORRE, 1984) caracterizou-se no período neopositivista como uma área do conhecimento dedicada a confecção de mapas sobre a localização das doenças, sem, contudo, haver uma discussão aprofundada sobre suas causas. Uma ciência a serviço das forças hegemônicas, do poder do Estado-nação e do mercado internacional, o que vem ao encontro às afirmações de Lacoste (1977), segundo o qual, a Geografia serve, sobretudo, para fazer a guerra.

Este cenário começa a dar sinais de mudanças a partir do movimento de renovação epistemológica liderado pelos adeptos da corrente crítica de cunho marxista, que tiveram a influência de autores como David Harvey e Milton Santos. A Geografia Crítica analisa a relação homem e natureza a partir de uma perspectiva histórica e dialética dos processos sociais, econômicos e culturais, dando sinais de novos tempos para o conhecimento geográfico.

Em que pese o fato da Geografia Médica possuir uma longa história enquanto prática de investigação social, o mesmo não ocorreu em seu aspecto disciplinar e institucional, compreendendo assim uma antiga perspectiva e uma nova especialização (ROJAS, 2003). Oficialmente, passou a ganhar o status de subárea da Geografia no ano de 1968 em um congresso da União Geográfica Internacional (UGI) realizado em Lisboa, Portugal. Neste evento, formou-se um grupo de pesquisadores (geógrafos) de diversas partes do mundo dedicados ao estudo das doenças e suas imbricações com o espaço geográfico. Isto representou um importante passo tanto para o avanço de novas pesquisas como para o reconhecimento de trabalhos anteriores.

Todavia as necessidades de ampliação das discussões diante dos novos desafios expuseram as limitações da Geografia Médica. A globalização, os novos e velhos processos de adoecimento e morte e a formação de redes de serviço de saúde no território colocaram em alerta a comunidade geográfica internacional sobre os estudos feitos até então. É neste contexto que surge a Geografia da Saúde, reconhecida oficialmente em um congresso da UGI no ano de 1978, em Moscou, na Rússia. Sobre este processo de transição, Guimarães (2015, p. 30-31) nos diz que:

As transformações econômicas geradas pela indústria e o crescimento das cidades em todo mundo provocaram profundas mudanças no quadro patológico, principalmente nos chamados países desenvolvidos. Além disso, a própria Geografia transformou-se ao longo do século XX, tanto do ponto de vista do enfoque temático quanto da gama de procedimentos que provocaram

um notável impacto sobre a Geografia Médica. Novas indagações foram reforçadas, desde o início dos anos 1960, com a emergência da noção de “ambiente” e de seu corolário, a qualidade de vida.

Isto posto, percebe-se que a ciência geográfica acompanhou as mudanças ocorridas no tratamento do tema saúde. Esta evolução se vincula ao desenvolvimento do pensamento filosófico, científico e das próprias ciências médicas e geográficas, com uma trajetória temporal e regional descontínua (PARAGUASSU-CHAVES, 2001).

Os desafios impostos pela complexidade do mundo pós-moderno exigem novas abordagens, com um olhar mais abrangente sobre a saúde. Agora, faz-se necessário o desenvolvimento de uma Geografia para a saúde que considere os modos de vida das populações humanas como foco usual de análise (ROJAS, 2003).

Nesta perspectiva Guimarães (2015) considera que os estudos em Geografia da Saúde têm se pautado em dois principais aspectos: o estudo das doenças propriamente ditas e as relações de oferta e demanda dos serviços de saúde. O primeiro está voltado para as preocupações sobre as mudanças no perfil de morbimortalidade da sociedade nos últimos anos e a ideia de doença como uma manifestação coletiva. A segunda prioriza as políticas territoriais adotadas pelos sistemas de saúde e como vem sendo feita a construção destes modelos.

Esta nova subárea da Geografia é entendida como a mais transdisciplinar, por localizar-se nas fronteiras da Medicina, das Ciências Sociais, Físicas e Biológicas (ROJAS, 2003). Busca relacionar diferentes fatores que influenciam no processo saúde-doença, bem como as formas para o seu enfrentamento.

A doença é compreendida como um fenômeno multicausal, resultante da interação de processos naturais e humanos. As novas configurações territoriais com as redes de atenção e a participação de vários agentes políticos na construção de sistemas de saúde constituem novos elementos para uma abordagem geográfica em saúde (JUNQUEIRA, 2009).

Deste modo, nota-se que a Geografia Médica esteve ligada ao pensamento naturalista e descritivo positivista, imbuída ao longo do tempo pelas concepções da Geografia Tradicional e da Teorética-Quantitativa. Por outro lado, a Geografia da Saúde, contemporânea à Geografia Crítica, busca explorar de forma holística o processo saúde-doença, entendido como resultante das interações socioespaciais.

2.2 Espaço e território: conceitos e implicações para a saúde

Espaço e território são categorias utilizadas pela Geografia para o estudo da relação homem e natureza e os processos daí resultantes. Não são únicos e exclusivos desta ciência,

sendo apropriados pela Sociologia, História, Economia, Antropologia e a Ecologia. No campo da saúde, é possível identificarmos alguns significados e aplicações metodológicas.

Para avançar na apreciação destas categorias, cabe, contudo, destacarmos uma importante diferenciação apresentada por Raffestin (1993, p. 143), segundo o qual:

É essencial compreender bem que o espaço é anterior ao território. O território se forma a partir do espaço, é o resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível. Ao se apropriar de um espaço, concreta ou abstratamente (por exemplo, pela representação), o ator “territorializa” o espaço.

Para Monken et al (2008) a diferença marcante entre espaço e território é o fato de que o primeiro não faz referência a limites e ao acesso. O espaço transcende as fronteiras, enquanto o território está relacionado às limitações para aqueles que a ele não pertencem. O território é, portanto, a extensão apropriada e usada pelos seus atores (SANTOS e SILVEIRA, 2001).

Entendidas estas diferenciações, façamos um esforço de análise sobre cada uma destas categorias, pois a relação entre espaço e território tem sido a principal discussão conceitual na Geografia da Saúde.

Inicialmente trazemos as contribuições de Corrêa (1995) ao apontar que o espaço ora está associado a uma porção específica da superfície terrestre, identificada pela natureza e pelas marcas que a sociedade ali imprime, ora faz referência a simples localização em escalas geográficas de forma indiscriminada, isto é, desde o global até os limites de uma casa.

Apesar de polissêmico, o conceito de espaço tem se apoiado em definições concretas, especialmente aquelas advindas da Geografia. É na obra de Milton Santos que o espaço tem ganhado uma abordagem de cunho social, entendido como “[...] um conjunto indissociável, solidário e também contraditório de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como quadro único no qual a história se dá” (SANTOS, 2012, p. 63).

As materialidades naturais (rios, montanhas e lagos) ou sociais (barragens, fábricas, casas) constituem os objetos. Já as ações referem-se ao movimento da história humana, através da circulação de pessoas, mercadorias e ideias. Na saúde, os objetos podem ser representados pelas infraestruturas deste setor (postos, centros de saúde, hospitais etc), e as ações, as políticas públicas que o compõem (BARCELLOS, 2000).

As interações entre objetos e ações são responsáveis por aquilo que Santos (1985) chamou de categorias espaciais: forma, função, estrutura e processo. A forma constitui a aparência, o aspecto visível das coisas. A função é a tarefa desempenhada pela forma. Por

estrutura entende-se a inter-relação entre todas as partes de um todo. Já os processos representam as ações contínuas em busca de um resultado.

Ainda segundo o autor, o espaço geográfico é composto por alguns elementos que o dinamizam, a saber: os homens – fornecedores da força de trabalho; o meio-ecológico – base física do trabalho humano; as infraestruturas – materialização do trabalho; as firmas – encarregadas da produção de bens, serviços e ideias; e as instituições – responsáveis pela produção das normas que regem a sociedade (op. cit).

Na tentativa de aproximar a concepção de espaço miltoniana com o setor saúde, Monken et al (2008, p. 26) consideram que:

A identificação e localização dos objetos, seus usos pela população e sua importância para os fluxos de pessoas e de matérias são de grande relevância para o conhecimento da dinâmica social, de hábitos e costumes e para a determinação de vulnerabilidade de saúde, originadas nas interações de grupos humanos em determinados espaços geográfico.

É vasta a literatura que busca relacionar a definição de espaço contida na obra de Milton Santos para uma análise em saúde, conforme apontou o estudo Faria e Bartolozzi (2009). A pesquisa destacou dois aspectos importantes que fazem deste autor, apesar de não ter tido uma ligação direta com o tema, ser um dos maiores influenciadores da Geografia da Saúde no país.

A primeira questão refere-se à incapacidade da ciência epidemiológica em compreender o processo saúde-doença perante as novas transformações sociais verificadas a partir dos anos 1970. A Epidemiologia precisava superar a sua abordagem descritiva e reducionista, herdada do positivismo do século XIX. A segunda remete as novas perspectivas epistemológicas da própria Geografia neste período (FARIA e BARTOLOZI, 2009).

Silva (1985) também atribui a Milton Santos um importante papel para o desenvolvimento das ciências médicas. A Epidemiologia, por exemplo, pode superar uma visão não histórica do processo saúde-doença sob predominância da biologia, e ao mesmo tempo reconhecer os fatores econômicos, sociais, políticos e culturais como responsáveis pela produção de doenças endêmicas e epidêmicas.

A obra Geografia da Fome de Josué de Castro (1946) constitui um dos primeiros trabalhos sobre a espacialidade de problemas sanitários. O autor considerou as doenças e as mazelas sociais do país, especialmente a fome, como sendo fenômenos relacionados ao subdesenvolvimento econômico. Nota-se, desta forma, uma preocupação em torno da noção de espaço. Josué de Castro desconstruiu a tese de que a seca no sertão nordestino era o principal fator responsável pela situação de pobreza e disseminação de doenças em nível local, uma vez

que estas eram resultantes da organização do espaço pelo latifúndio e o feudalismo agrário.

As doenças ocupam um lugar no espaço geográfico e sua existência se deve a um conjunto de relações determinadas pelas próprias características deste espaço (PARAGUASSU-CHAVES, 2001). Barcellos (2000) afirma ser o espaço geográfico a instância responsável por viabilizar o encontro entre os diversos agentes que produzem as doenças, ou seja, os grupos populacionais e as respectivas fontes de contaminação. Nesta perspectiva, as enfermidades deixam de ser entendidas como manifestações individuais (unicausal) e passam a serem vistas como manifestação da coletividade (multicausal).

Uma importante expressão da coletividade no mundo contemporâneo são as cidades. Guimarães (2015) destaca que é no espaço urbano onde as pessoas procuram o médico e os serviços de maior densidade tecnológica, posto que na cidade estão as infraestruturas e atividades voltadas para este setor.

O espaço geográfico se apresenta como um conceito capaz proporcionar discussões tanto para a distribuição dos agravos à saúde como para o aperfeiçoamento dos sistemas de atenção (BARCELLOS, 2000). As doenças são inseparáveis do seu meio e a compreensão destas relações é fundamental para a prevenção de danos à saúde.

Nestes termos, uma proposta para os estudos da Epidemiologia é levar em conta o espaço como referencial de análise, sendo esta categoria uma base segura para os programas de saúde pública. A partir do pensamento de autores como Milton Santos, rompe-se com uma visão de espaço geométrico, onde a localização das doenças é considerada o objetivo final. A complexidade existente nas relações socioespaciais vem sendo incorporada pela Epidemiologia Crítica.

Não obstante a relevância do espaço para o tratamento do tema saúde, é sobretudo no território que a epistemologia geográfica desempenha um papel essencial no desenvolvimento das ciências médicas (FARIA e BARTOLOZI, 2009). Antes de examinarmos a relação entre território e saúde, é preciso discutirmos os principais aspectos que envolvem esta categoria.

O termo território expressa-se como terra pertencente a “*terri*” (terra) e “*torium*” (pertencente a), de origem latina; ou como “*terreo-territor*” (aquele que aterroriza) de origem grega (HAESBAERT, 2004). É utilizado por diversas áreas do saber que o instrumentalizam de acordo com seus interesses teóricos e práticos. Assim, conforme Barcellos e Pereira (2006), o território pode ser traduzido em definições da Biologia (etologia), das Ciências Políticas (Estado), da Antropologia (territorialidade), etc.

É nos estudos da Biologia durante o século XIX que se encontram as primeiras aplicações do conceito de território, entendido como essencial para a sobrevivência das

espécies. Já se pode observar nesta época uma relação estreita entre a saúde e o território, pois a sua organização condicionava ou não a existência humana e animal.

Na epistemologia geográfica, o território é discutido a partir de duas abordagens principais: uma ligada aos limites do Estado-nação, tendo seus princípios formulados pela Geografia Política Clássica, e outra relacionada à territorialidade humana, estando na base para a constituição de territórios.

O geógrafo alemão Friedrich Ratzel, um dos principais influenciadores da vertente clássica da Geografia, possui uma concepção de território vinculada às relações do homem com a terra através dos “solos terrestres”. O Estado constitui o grupo de poder dominante e o território é definido pelas fronteiras nacionais. Ratzel defende a ideia de espaço vital¹¹, instância fundamental para o desenvolvimento de uma sociedade, evidenciando assim as relações de poder sobre o território (RATZEL, 1990).

No entanto, é a partir dos trabalhos de Raffestin (1993) que as relações de poder se apresentam como princípio norteador para a compreensão do território. Este autor faz duras críticas à vertente clássica positivista, que atribuía somente ao Estado o papel de formador de territórios. É preciso que se integre neste processo os diversos atores políticos em suas relações socioespaciais, o que permite pensarmos o território em suas várias manifestações, a exemplo do território do crime organizado e os territórios virtuais na internet (SOUZA, 1995).

Estudos recentes têm destacado a territorialidade, que corresponde ao modo como a população utiliza a terra e como se organizam no espaço. O território carrega indissociavelmente uma dimensão simbólica, sendo a perspectiva cultural incorporada às análises geográficas (SAQUET, 2007). Assim, o território constitui um espaço daqueles que o constroem e o pertencem, definido e delimitado por e a partir das relações de poder (SOUZA, 1995).

O território, em seus desdobramentos teóricos e conceituais, carrega fortes implicações para o setor saúde. O interesse nesta categoria por parte das ciências médicas é um fenômeno recente, e partiu da iniciativa dos gestores, pesquisadores e trabalhadores em saúde (MONKEN et al, 2008).

Ao definir o território da saúde Guimarães (2015) acredita que este não se resume apenas à extensão das práticas sanitárias exercidas pelo Estado, mas envolve, também, os grupos sociais na construção do seu perfil sanitário. Estas relações entre as normas e as formas do

¹¹ Recursos espaciais disponíveis para a manutenção ou consolidação do poder do Estado sobre o território. Logo, as populações que dispusessem de melhor espaço vital teriam melhores condições de desenvolvimento e de conquistarem outros territórios.

território vivo conjugam um amplo jogo de poder, como bem destacou Aranha (2010).

Souza (2003b, p. 01) acredita que a saúde é um campo que também possui territorialidade geográfica, apontada como:

[...] território efetivamente usado por tudo aquilo que está relacionado ao denominado setor saúde (distribuição dos equipamentos, serviços, doentes, médicos, pacientes, tratamentos, remédios etc). Tudo isso é passível de uma análise geográfica, na perspectiva da compreensão do território usado.

O uso do território pelo setor saúde nos remete às contribuições de Santos e Silveira (2001). Para os autores, o território usado é sinônimo de espaço geográfico, sendo representado pela implantação das infraestruturas e acompanhada pelo dinamismo da economia e da sociedade. Assim, “as configurações territoriais são o conjunto dos sistemas naturais, herdados por uma determinada sociedade, e dos sistemas de engenharia, isto é, objetos técnicos e culturais historicamente estabelecidos” (SANTOS e SILVEIRA, 2001, p. 248).

A Geografia é uma filosofia das técnicas e o território usado precisa ser tomado como categoria de análise social (SOUZA, 2003a). O estudo desta categoria é revelador de desigualdades, em que se evidenciam os espaços de densidade e rarefação, fluidez e viscosidade (SANTOS e SILVEIRA, 2001).

Nesta perspectiva teórica e metodológica, o que interessa são os usos do território pelas funcionalidades requeridas, uma vez que a saúde não compreende apenas a existência de médicos e centros de saúde para sua eficiência, mas o acesso a condições de moradia, emprego e lazer (SOUZA, 2003b). Aliás, esta é a perspectiva geográfica que, segundo Faria (2013), melhor se enquadra nos estudos do tema saúde.

A compreensão do território como uma construção resultante das relações de poder, tal como defendem Raffestin (1993) e Souza (1995), materializa-se no setor saúde através da disputa de gestão política por diferentes atores sociais. Ribeiro (2006) destaca que a existência de três modelos assistenciais em disputa no âmbito do sistema de saúde brasileiro: o modelo médico-assistencial-privatista - atua principalmente na defesa dos interesses das empresas de saúde e a busca incessante pela lucratividade; sanitarista - tem como objetivo o controle de doenças através de campanhas sanitárias e programas especiais; vigilância em saúde - defende a saúde como um direito básico de cidadania, com ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação.

Outra questão importante é a chamada territorialização, que na saúde ganha uma conotação especial, pois consiste na definição de áreas para a atuação dos serviços conforme a

sua densidade tecnológica¹². Princípios do SUS, como a regionalização e hierarquização dos serviços, trazem a necessidade de pensarmos o território em seu aspecto gerencial¹³.

Para Saquet (2007), o uso do conceito de território pelas políticas públicas carrega um certo reducionismo prático. Delimita-se uma área qualquer para um determinado setor e em seguida o denomina como território. Neste sentido, os fundamentos conceituais desta categoria geográfica são desprezados pelo poder institucionalizado nas distintas esferas governamentais.

Corrêa (1996) concebe o território como um importante meio para viabilizar a organização do espaço de modo a contribuir para a existência e reprodução do conjunto da sociedade. O planejamento territorial refere-se, assim, ao conjunto de ações que tem por objetivo o controle do espaço pelo Estado, grupo social, instituição ou empresa.

Paraguassu-Chaves (2001) adverte que, com base no território, a Geografia da Saúde e a Epidemiologia passam a se ocupar da distribuição e planejamento dos componentes de infraestrutura e recursos humanos para a saúde, questão também discutida por Rojas (2003, p. 16):

La geografía de la localización racional de recursos infraestructurales y humanos del sistema de salud, que siempre había corrido el riesgo de transitar entre la discutida tríada de la eficiencia, la efectividad y la equidad, siempre razagada, y de no fundamentarse en los perfiles de enfermedades y muertes, ni entender su producción, también cambiada, en el marco de las Reformas Sanitarias, y el cumplimiento de sus estrategias y principios.

A gestão do território e a elaboração de suas normas vem sendo uma das prioridades do setor saúde no Brasil. O território político-operativo dos sistemas de saúde e o território produto das relações sociais e sanitárias constitui um dos campos de maior fertilidade nas discussões geográficas sobre saúde.

2.3 A saúde no contexto do meio técnico-científico-informacional

Nesta parte do trabalho, será feito um esforço de síntese sobre algumas questões que envolvem a saúde no período atual. Tomamos como referência a periodização do espaço-tempo de Santos (2012), segundo a qual, a história do meio geográfico pode ser dividida em três etapas: meio natural, meio técnico e meio técnico-científico informacional.

Esta divisão leva em conta a diferença na densidade dos sistemas técnicos e suas

¹² O SUS estabelece três níveis de atenção de acordo com a densidade tecnológica empregada: atenção primária ou básica, voltada para a promoção da saúde no âmbito local; atenção secundária, com serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar; e atenção terciária, cuja rede de serviços apresenta maior complexidade, como de cirurgias especializadas e de alto risco.

¹³ Este tema será discutido no item 3.2 “Normatização, avanços e desafios do SUS”.

modernizações. Não por acaso, a técnica é um dos principais conceitos sobre os quais o autor supracitado dedicou parte de sua obra, entendidas como “[...] um conjunto de meios instrumentais e sociais com os quais o homem realiza sua vida, produz e, ao mesmo tempo, cria espaço” (SANTOS, 2012, p. 29). Logo, a técnica é entendida como a principal forma de relação entre o homem e natureza.

Cada sistema técnico possui especificidade em determinado momento histórico. Assim, o meio natural, possuidor de um recorte temporal mais extenso, corresponde ao predomínio das técnicas de baixa densidade, sem grandes possibilidades de interferência sobre o ambiente. O meio técnico, que surge a partir das grandes navegações entre os séculos XVI e XVII tem como característica a presença de técnicas mais sofisticadas, como o uso da máquina a vapor através da Revolução Industrial, o que intensifica as relações do homem com a terra (SANTOS, 2012). Por fim, vivemos em um novo meio geográfico, emergente no contexto pós-guerra e que consolidou nos anos 1970:

[...] hoje, quando nos referimos às manifestações geográficas decorrentes dos novos progressos, não é mais do meio técnico que se trata. Estamos diante da produção de algo novo, a que estamos chamando de *meio técnico-científico-informacional* (SANTOS, 2012, p. 238, grifo do autor)

O meio técnico-científico-informacional tem como principal característica a união entre ciência e informação, aliada à produção de bens, mercadorias e ideias. A informação consiste, nestes moldes, o vetor do mundo contemporâneo, marcado pela velocidade dos acontecimentos e por uma aproximação espaço-temporal cada vez maior (SANTOS, 2012).

Guimarães (2015) faz uma importante discussão sobre o papel dos sistemas técnicos no desenvolvimento do setor saúde, e defende a indissociabilidade entre técnica, espaço e saúde. Deste modo, destaca que, durante o meio natural, com o predomínio das técnicas manuais, as doenças eram ditadas pelo ritmo da própria natureza e geralmente circunscritas ao plano local. A partir da domesticação de animais e plantas verifica-se uma maior circulação de microrganismos, favorecendo a proliferação de doenças infectocontagiosas. No período técnico, com o uso da máquina e a instalação das fábricas nos centros urbanos, nota-se a presença das doenças infectocontagiosas em convívio com as doenças laborais, resultantes do processo de trabalho mecanizado. Já no período técnico-científico-informacional, com os novos arranjos espaciais e o aprofundamento das desigualdades sociais, temos, ao mesmo tempo, o (re)aparecimento de várias doenças infectocontagiosas e a tentativa de controle das doenças crônico-degenerativas.

As análises voltadas para a saúde nestes novos tempos têm sido motivo de pauta na agenda política internacional. Estamos diante de uma crise nas mais diversas escalas de poder, o que traz a necessidade de pensarmos alguns conceitos e práticas que envolvem a saúde, em especial na sua dimensão estrutural (MENDES, 1993). É nesta perspectiva que Buss (2007, p. 1581) chama a atenção para o fenômeno da globalização e da pobreza. Ambos são componentes essenciais para o entendimento das enfermidades em nível mundial:

Com as facilidades das viagens internacionais e a difusão do comércio em escala planetária, uma série de microrganismos podem ser rapidamente transportados, através de pessoas, animais, insetos e alimentos, de um país a outro e de um ponto a outro do globo.

O encurtamento entre as distâncias e o enorme fluxo de pessoas e mercadorias nas várias partes do globo possui fortes implicações para o processo saúde-doença, o que faz da Geografia um importante instrumental de análise sobre os impactos causados pela globalização.

Entendemos por globalização um fenômeno social que tem como aparência geográfica o meio técnico-científico-informacional, tendo de um lado a unicidade das técnicas e as novas tecnologias, e de outro, o aumento do desemprego e do subemprego, a precarização das relações de trabalho e o aumento da pobreza estrutural (SANTOS, 2012).

As relações entre globalização, pobreza e saúde também são destacadas por Santos (2001, p. 19-20) no seguinte fragmento:

De fato, para a grande maior parte da humanidade a globalização está se impondo como uma fábrica de perversidades. O desemprego crescente torna-se crônico. A pobreza aumenta e as classes médias perdem em qualidade de vida. O salário médio tende a baixar. A fome e o desabrigo se generalizam em todos os continentes. Novas enfermidades com a AIDS se instalam e velhas doenças, supostamente extirpadas, fazem seu retorno triunfal. A mortalidade infantil permanece, a despeito dos progressos médicos e da informação.

Vivemos em um mundo fragmentado, e não globalizado (SOUZA, 2003b), onde os objetos técnicos estão distribuídos de maneira desigual pelo espaço geográfico, reproduzindo uma estrutura de poder que favorece a poucos, especialmente no tocante ao acesso a bens e serviços básicos de qualidade. No caso da saúde, o poder e os interesses dos atores hegemônicos para obtenção do lucro acabam subordinando os órgãos públicos nas diversas escalas de administração (CAMARGO JÚNIOR, 2003).

Um fator marcante do novo meio geográfico é a perda de controle do poder local nas decisões políticas (SANTOS, 2012). As normas passam a ser definidas a grandes distancias por meio de alguns órgãos internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU), Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM), que, por sua vez, desconhecem as

realidades vividas pelos distintos territórios. A saúde é parte integrante desta estrutura global, conforme destacou Guimarães (2015, p. 66):

O setor saúde estaria submetido a esta ordem sistêmica, cuja norma definida pelos grandes agentes já estaria predefinida pelas relações mercantis existentes nas receitas dos medicamentos, nos procedimentos técnicos para o uso de equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico e, até mesmo, nos temas que seriam mais relevantes para as pesquisas acadêmicas.

Como alternativa às imposições da ordem global, Souza (2003b) propõe pensarmos a saúde do município, enquanto território vivo e de maior proximidade do cidadão. A autora aponta que de nada serve investir em centros de saúde, médicos e serviços regionalizados se, no entanto, o território não oferece as condições mínimas que dignificam a vida humana.

Ao refletirmos sobre a saúde nos moldes de uma economia capitalista internacional, uma questão torna-se importante: saúde pública *versus* neoliberalismo. A saúde é um bem essencial à vida humana e vem sendo tratada como uma simples mercadoria. A mídia tenta nos convencer que a saúde é um serviço que pode ser comprado a prestação, escolhendo-se o produto pela qualidade, pelo preço e pelo modo de atendimento (GUIMARÃES, 2015). A saúde suplementar, com seus pacotes de serviços adequados ao nível de aquisição do usuário, tem conquistado cada vez mais espaço nas decisões políticas. Então, como oferecer saúde de forma universal e gratuita (no caso brasileiro, estabelecido constitucionalmente com o advento do SUS) diante de um mercado voltado para o consumo e a acumulação de riqueza? A história recente nos mostra que esta questão está em voga na arena política internacional e envolve vários atores políticos.

O mercado da medicina, especialmente o de alta tecnologia, tem retirado do centro da agenda política internacional as questões epidemiológicas e de saúde ambiental (GUIMARÃES, 2001). É no mercado global, portanto, com o desenvolvimento da indústria farmacêutica, que a saúde tem ganhado novas formas e sentidos.

A descoberta de medicamentos para a cura e o tratamento de novas e antigas doenças tem apresentado resultados surpreendentes. Todavia, sua difusão no espaço tem se dado de maneira desigual e contraditória. Ainda são poucas as localidades com livre acesso às novas tecnologias em saúde. Os países do chamado Terceiro Mundo têm passado por enormes dificuldades com a salubridade de sua população, com epidemias que se manifestam como sinais da pobreza, como foi o caso recente do vírus *Ebola* no continente africano.

Entretanto, o processo de globalização também abre possibilidades para uma reversão deste quadro. A ideia de comunidade global vem sendo formada pela sociedade civil

organizada. O recurso utilizado é a mesma tecnologia da informação criada pelos grupos hegemônicos, desta vez, com outras finalidades. O que está em jogo é uma globalização mais solidária, que marca a transição do período técnico-científico-informacional para o período demográfico (SANTOS, 2001).

Iniciativas globais resultantes das negociações entre os países das Nações Unidas no contexto pós-guerra, em especial aquelas realizadas pela OMS, têm sido responsáveis por coalizões intergovernamentais no setor saúde (BUSS, 2007). Além disso, os sujeitos desprivilegiados no processo de globalização vêm construindo iniciativas no plano local. Basta olharmos para as periferias urbanas das grandes cidades, que diariamente convivem com condições adversas e desenvolvem projetos sociais que envolvem não somente o setor saúde, mas também a educação, a moradia, o trabalho etc.

Muitos fóruns internacionais têm destacado os lados positivos da globalização, especialmente a socialização das informações. Não é difícil saber hoje em dia como se prevenir de determinadas doenças e levar um estilo de vida saudável contando com poucos recursos. O desenvolvimento das técnicas tem melhorado as condições de saúde da população. As inovações geradas no período técnico-científico-informacional são responsáveis, por exemplo, pelo aumento da expectativa de vida e o diagnóstico precoce do câncer (GUIMARÃES, 2015).

Diante destas questões, é possível acreditarmos na construção de um mundo novo. A globalização como possibilidade defendida por Santos (2001), de caráter mais humano e menos econômico, já dá sinais concretos para a sua consolidação. Souza (2003b, p. 01) resume bem esta ideia, ao afirmar que “no mundo atual as possibilidades técnicas já estão construídas, basta apenas a vontade política para implementá-las”.

3 QUESTÕES GERAIS SOBRE A SAÚDE NO BRASIL

A saúde é um direito fundamental do cidadão, garantido pela Constituição Federal de 1988 como sendo um dever do Estado, cabendo a este oferta-la de forma universal e gratuita. Este direito, contudo, constitui um fenômeno recente na história das políticas sociais do Brasil, tendo como base o processo de reforma sanitária e a construção do SUS nas últimas décadas do século XX.

Apesar dos avanços no setor saúde, sobretudo no acesso aos serviços básicos, ainda persistem alguns problemas operacionais para o seu devido funcionamento. O Brasil é um país de grandes dimensões territoriais e nele se expressam disparidades regionais e sociais. Isto se deve a uma diferença na divisão territorial do trabalho e na densidade do meio técnico-

científico-informacional (SANTOS, 2012), que dificulta uma distribuição isonômica das infraestruturas para a eficiência dos serviços de saúde.

Nesta conjuntura produz-se uma heterogeneidade na organização dos equipamentos de saúde, com a existência, de um lado, de espaços luminosos com ótima estrutura e serviços médicos especializados, e de outro, espaços opacos de baixa densidade técnica onde se concentram a maior parte da população (SANTOS, 2012). Pacientes na fila de hospitais a espera de atendimento, escassez de recursos (financeiros, materiais e humanos) e os escândalos envolvendo desvios de dinheiro público ganham um destaque cada vez maior na mídia. Superar estes e outros pontos é um dos desafios do SUS, já garantido em seu arcabouço normativo, mas ainda carente de sua implementação. A saúde ocupa espaço entre as áreas mais destacadas das políticas de governo e o presente capítulo busca destacar alguns avanços, retrocessos e desafios deste setor.

3.1 Um resgate histórico do direito à saúde

Para compreendermos a complexidade do setor saúde no Brasil, é preciso analisarmos os marcos históricos que envolvem a atuação do Estado brasileiro, uma vez que as decisões governamentais sempre estiveram articuladas aos processos econômicos, sociais, políticos e culturais. Poligano (2001) alerta que, para o entendimento da evolução das práticas sanitárias é preciso levarmos em conta algumas premissas, entre elas o fato de que a lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo, sofrendo forte determinação internacional. É impossível, desta forma, dissociarmos ambos os processos.

Durante o Período Colonial (1500-1822) tínhamos no cenário político e econômico o controle da metrópole portuguesa sobre o território brasileiro, que se configurava como uma colônia especializada na exploração de matérias primas como o Pau-brasil, a cana de açúcar e as atividades de mineração.

Ainda não existia um sistema de saúde formalmente estruturado e o desinteresse em criá-lo era também evidente. De acordo com Bertolozzi e Greco (1996) as ações em saúde eram de caráter focal e a grande parte da população utilizava a chamada medicina de “folk”¹⁴. Paim (2011) aponta que a vinda da família real em 1808 trouxe a necessidade da criação de uma infraestrutura sanitária mínima, sobretudo na capital Rio de Janeiro, sendo destinados os primeiros médicos para o tratamento da saúde de uma pequena elite. O autor também destaca

¹⁴ Prática de cuidado à saúde que consistia no uso dos próprios recursos da natureza (plantas, ervas) por parte daqueles que detinham o conhecimento empírico (curandeiros) para o tratamento das doenças.

os hospitais da Santa Casa da Misericórdia mantidos pela Igreja Católica¹⁵ (única alternativa para a maior parte da população), que tiveram um importante papel para o cuidado inicial das doenças pestilenciais como a febre amarela, a varíola e a peste.

No período que corresponde ao Império (1822-1889) temos a abertura dos portos para o comércio internacional, a entrada do Brasil no capitalismo moderno e uma incipiente industrialização. No centro político os grandes proprietários de terra controlavam a economia nacional. É neste momento, segundo Paim (2011), que surgem primeiras instituições de controle sanitário dos portos e epidemias com a administração centrada nos municípios. A salubridade da capital imperial (Rio de Janeiro) concentrava a maior parte das ações devido à importância comercial dos portos.

Na República Velha (1889-1930), o Brasil era comandado por um Estado liberal-oligárquico, com uma forte centralização das decisões políticas nas mãos dos estados do centro-sul (São Paulo e Minas Gerais), resultando em um processo conhecido como política do “café com leite”. A ideologia liberal implicou em uma concepção de saúde na qual o poder público só deveria atuar quando o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não pudesse fazê-lo (MERCADANTE, 2002).

Neste momento, predominavam as doenças transmissíveis como a varíola, a febre amarela, a tuberculose, a sífilis e as endemias rurais (especialmente a doença de Chagas). Tal situação constitui-se em um problema para a economia agroexportadora, o que favoreceu a uma resposta efetiva do Estado através de campanhas sanitárias (PAIM, 2003). Soma-se a isso a abolição da escravatura e a crise na força de trabalho para a produção do café, o que foi responsável por uma corrente imigratória para o país. As condições sanitárias para a chegada e permanência destes imigrantes acabou por acentuar a piora na qualidade de vida dos centros urbanos (BERTOLOZI e GRECO, 1996). O quadro caótico da situação de salubridade pelo qual passavam algumas cidades foi responsável por uma espécie de militarismo sanitário. Um exemplo foi a medida de Oswaldo Cruz, eleito Diretor Geral de Saúde Pública pelo então presidente Rodrigues Alves, que determinou a obrigatoriedade da vacinação contra a varíola¹⁶.

A República Velha marca o início de um período da história brasileira em que as práticas de saúde tendem a confundir-se e a localizar-se no mesmo âmbito da previdência social. É neste contexto que surgem as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) através da Lei Eloy Chaves

¹⁵ Os primeiros hospitais foram construídos em Santos, São Paulo, Rio de Janeiro, Belém e Olinda. Neste mesmo período tivemos a criação da Escola de Cirurgia da Bahia (1808) controlada pelos Jesuítas.

¹⁶ Esta decisão eclodiu em um movimento conhecido como “Revolta da Vacina” em 1904, em que a população do Rio de Janeiro discordava do caráter obrigatório da vacinação contra a varíola.

em 1923. As CAPs eram somente aplicadas ao operariado urbano, sendo organizada por empresas e não por categorias profissionais. Os recursos arrecadados tinham como destino, além das aposentadorias e pensões, a assistência médica de seus contribuintes. Poligano (2001) ressalta que este processo deve ser analisado no contexto do movimento operário como uma resposta das empresas e do Estado à importância cada vez maior da questão social.

Durante a Era Vargas (1930-1945), temos o início de um intenso processo de industrialização resultante da crise mundial do café em 1929 e da falência do modelo econômico agroexportador. O êxodo rural acelerou o ritmo industrial com o fornecimento da força de trabalho para as fábricas e contribuiu para o processo de urbanização. O excesso populacional nos centros urbanos e a falta de uma infraestrutura sanitária agravou ainda mais os surtos epidêmicos já existentes (BERTOLOZI e GRECO, 1996).

Conforme Paim (2003), na Era Vargas o Estado adquire uma relativa autonomia na formação de um sistema de saúde, que passa a ser institucionalizada na esfera federal com a criação do Ministério da Educação e Saúde em 1930. Observa-se que as ações neste setor são ampliadas em relação ao período anterior (estritamente campanhista). Poligano (2001) destaca que, no entanto, tais políticas continuavam restritas, pois limitava-se a cobertura de certos segmentos de trabalhadores.

Através do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio o governo começou a estender a todas as categorias do operariado urbano¹⁷ os benefícios da previdência, unificando as CAPs em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). A assistência médica-previdenciária atinge um maior número de trabalhadores e contrata em grande escala os serviços da rede privada. Os IAPs baseavam-se na lógica da produtividade por atendimento, o que acabou sendo bastante dispendioso para os cofres públicos. Acrescenta-se o fato de que boa parte dos recursos arrecadados nos IAPs eram aplicados pelo governo federal no financiamento da industrialização do país (MERCADANTE, 2002).

No ano de 1941 é realizada a I Conferência Nacional de Saúde (CNS)¹⁸ que tinha como uma de suas principais propostas a criação do Ministério da Saúde. Em 1942 é criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), responsável pelo monitoramento de regiões endêmicas como a Floresta Amazônica e territórios rurais no sertão nordestino. Nota-se, portanto, que as políticas de saúde continuaram tendo a maior parte de suas ações reduzidas a aspectos

¹⁷ Os trabalhadores do campo só foram incorporados ao sistema previdenciário em 1963 com o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL).

¹⁸ As edições posteriores ocorreram nos anos de 1950, 1963, 1967, 1975, 1977, 1980, 1986, 1992, 1996, 2000, 2003, 2007, 2011 e 2015, totalizando assim 15 Conferências.

burocráticos-administrativos, não apresentando resultados eficientes para os principais problemas de salubridade da população.

No período que Paim (2011) chama de Instabilidade Democrática (1945-1964), a saúde no Brasil passou por algumas significativas mudanças. Entre governos liberais e populares tinha-se no plano político e econômico o processo de substituição de importações, a rápida urbanização e a inserção cada vez maior do capital estrangeiro no desenvolvimento do país.

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, que segundo Bertolozzi e Greco (1996) significou apenas uma manobra institucional, posto que o Estado não deu à devida prioridade ao setor. As enfermidades de maior ocorrência no meio rural começaram a receber uma atenção especial a partir do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU) em 1956¹⁹. Neste momento também temos a emergência das chamadas doenças modernas (crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito) e as primeiras empresas privadas de saúde do país (PAIM, 2011).

Com a deposição do governo de João Goulart, tivemos o início do Autoritarismo (1964-1985), com um modelo de gestão centralizador no plano político, expresso em profundas reformas administrativas. Medidas totalitárias, como os Atos Institucionais (AI)²⁰ cassavam os direitos políticos dos cidadãos contrários as reformas dos militares. Uma forte aliança econômica com os Estados Unidos resultou em um intenso processo de internacionalização da economia. Estava posto o chamado “milagre econômico”, uma política econômica que beneficiou as grandes empresas e aumentou a concentração de renda e a desigualdade social no país.

Em 1967 foi criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) como resultado da unificação dos IAPs, que se constituiu, na verdade, em mais um movimento técnico-burocrático onde todo trabalhador urbano com carteira assinada era automaticamente contribuinte, capitalizando assim uma enorme quantidade de recursos (POLIGANO, 2001). No interior do INPS foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978, responsável pelo controle da assistência médica aos contribuintes.

O Estado, desta forma, centralizava os recursos da saúde e ampliava a compra de serviços na rede privada. Isto pode ser evidenciado após a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) em 1974

¹⁹ Este órgão posteriormente foi transformado na Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) em 1978 e por último na atual Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) em 1990.

²⁰ Decretos elaborados pelo governo federal durante o Regime Militar. Destaca-se entre os Atos Institucionais o de nº 05 (AI5) que radicalizou a ditadura através da suspensão de direitos políticos de qualquer cidadão considerado opositor ao sistema vigente.

(BERTOLOZI E GRECO, 1996). Os recursos do FAS eram aplicados de modo a fortalecer a lógica da lucratividade, em benefício da remodelação e ampliação dos hospitais privados e de uma burguesia empresarial (POLIGANO, 2001).

Em 1975 é instituído o Sistema Nacional de Saúde. Bertolozzi e Greco (1996) ressaltam que a partir deste sistema foram definidas as responsabilidades das várias instituições (públicas e privadas) na prestação da assistência médica. Ao Ministério da Previdência Social caberia a assistência individual, enquanto que as práticas coletivas de prevenção ficaram sob a responsabilidade do Ministério da Saúde.

No quadro epidemiológico persistiam as endemias rurais e as doenças parasitárias, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste em convívio com as doenças crônicas degenerativas (PAIM, 2011). Em 1982, o governo criou as Ações Integradas de Saúde (AIS), que assegurava a assistência médica e os serviços previdenciários a todos os trabalhadores (rurais e urbanos). A proposta consistia em uma maior racionalidade dos serviços públicos a partir de convênios com a rede privada. Um programa interministerial (previdência-saúde-educação) com ações curativas, preventivas e educacionais ao mesmo tempo (POLIGANO, 2001). Na prática acabou reproduzindo o princípio da lucratividade por produção. As AIS, deste modo, não se consolidaram como uma política eficiente para modificar as condições de saúde da população.

Até então percebe-se que a saúde nunca ocupou um lugar central nas políticas do Estado brasileiro. É somente a partir da Nova República (1985 até os dias atuais) que a questão saúde ganha uma preocupação social maior. O Brasil ganha o status de Estado Democrático de Direito a partir do fim do regime militar. Na economia, vivíamos um período de recessão, com destaque para a dívida pública e as elevadas taxas de inflação. Mesmo assim, o reconhecimento da dívida social do Estado com a população se transformou em políticas de saúde mais concretas, resultado de um amplo processo de luta e mobilização da sociedade civil.

O movimento de reforma sanitária, desencadeado por intelectuais, usuários e profissionais de saúde emergente no período militar impulsionou a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986²¹. Neste evento foram apontados os principais problemas de saúde do país, como o acesso desigual e a péssima qualidade dos serviços (PAIM, 2003).

A VIII CNS representou um importante avanço técnico e político ao propor o SUS, definindo como seus princípios doutrinários a universalidade, a igualdade, a equidade e a

²¹ A VIII Conferência Nacional de Saúde teve como temas centrais: saúde como direito; reformulação do sistema nacional de saúde; e financiamento setorial (BRASIL, 1986).

participação popular. Além disso, o conceito de saúde foi ampliado, colocando-o como um direito do cidadão e um dever do Estado. Em 1987 o governo atendeu parte das recomendações da VIII CNS e criou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)²², que apesar de suas limitações pode ser considerado como uma espécie de “plano piloto” para o SUS.

Neste mesmo período, estava sendo organizada a Assembleia Nacional Constituinte, onde buscava-se a inserção do tema saúde como prioridade de governo. Assim, promulgada a Constituição Federal em 1988 a saúde pela primeira vez ocupa importante espaço na Carta Magna, definida em seu Art. 196 como “[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Entre os principais pontos aprovados na Constituição Federal de 1988 estão o direito universal, o dever do Estado em promover saúde, a constituição do SUS integrando todos os serviços públicos em rede, a participação popular nas estratégias de saúde e o sistema privado podendo participar em caráter complementar (BRASIL, 1988).

Em que pese o fato da saúde como direito do cidadão e obrigação do Estado ser incorporada no texto constitucional, o SUS ainda carecia de uma melhor regulamentação. Os fundamentos jurídicos do sistema vieram após a aprovação das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 e as normas operacionais editadas pelo Ministério da Saúde.

Dados estes avanços, o Brasil passou a vivenciar uma transição epidemiológica marcada pela redução da mortalidade infantil e das doenças preveníveis por imunização, persistência das doenças cardiovasculares e câncer, aumento das mortes violentas e as relacionadas a AIDS e epidemias de dengue (PAIM, 2011).

No entanto, é preciso ressaltar que, no plano econômico, o SUS estava sob a ameaça do projeto neoliberal. A política de privatizações nos anos 1990 questionava os gastos com saúde pública. Tal como nos períodos anteriores, buscava-se beneficiar o setor privado, que acabou sentindo-se prejudicado com as propostas do movimento sanitário. Em um projeto neoliberal, o SUS se apresenta como uma realidade contrária e algumas conquistas merecem destaque.

No ano de 1993 foi extinto o INAMPS e, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) surge como uma proposta para substituir o modelo de saúde curativista e centrado na figura do

²² O SUDS agregou as antigas AIS e para o movimento sanitário foi considerado insuficiente pois não contemplava as propostas da VIII CNS, baseando-se em convênios entre os governos federal, estadual e municipal.

hospital e do médico²³. O governo federal criou um imposto destinado para o investimento em saúde, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em 1996²⁴. Sentiu-se necessidade, também, de ampliar os investimentos na assistência básica e, para isso, criou-se o Piso da Atenção Básica (PAB) em 1998. Ao final desta década, ainda tivemos a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para supervisão das práticas em saúde e meio ambiente e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) responsável pela regulação dos planos de saúde privados.

No início do século XXI, com a ascensão de um governo de base popular e com a reorganização da economia, o SUS obteve importantes avanços, resultando na melhoria da qualidade de vida de boa parte da população. Neste contexto inserem-se algumas políticas e programas recentes, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), o Pacto Pela Saúde²⁵, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o Programa Mais Médicos.

As políticas de saúde no Brasil passaram por diferentes contextos históricos e sempre estiveram a serviço dos interesses das classes dominantes. Por muito tempo a saúde esteve ligada à previdência social, configurando enormes disparidades na sua assistência. Há que se notar que a construção de um sistema de saúde sólido e que atenda a população com qualidade passa por uma maior presença do poder público e da mobilização da sociedade civil.

3.2 Normatizações, avanços e desafios do SUS

A incorporação da saúde no texto constitucional como direito do cidadão e dever do Estado²⁶ representa uma das maiores conquistas sociais do Brasil. A compreensão da construção do direito à saúde e das políticas sociais realizadas pelo seu sistema requer uma análise crítica dos avanços e dos desafios a serem superados para a sua consolidação.

O SUS é formado por um arranjo organizacional de controle do poder público, onde coexistem diversas instituições de modo a assegurar a política nacional de saúde. Santos (2006) considera que o território é uma instância “normada” e apresenta uma série de leis que devem ser respeitadas. Nestas condições, podemos falar do território “normado” pelo SUS, expresso

²³ Cabe destacar, neste contexto, a Conferência Mundial sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada no Cazaquistão em 1978, onde foi aprovada a Declaração de Alma-Ata. A partir deste documento ficou estabelecido no plano mundial a participação efetiva do Estado na saúde.

²⁴ Na prática a CPMF serviu de fundo para aplicação em outros setores, como o pagamento da dívida pública.

²⁵ Conjunto de reformas institucionais no âmbito do SUS pactuados pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal). Estas ações se traduzem no Pacto pela Defesa do SUS, Pacto pela Gestão e Pacto pela Vida.

²⁶ A saúde está incluída na Constituição Federal de 1988 em seu Título VIII - Da Ordem Social – Capítulo II, Seção II – Da Saúde - Art. 196 a 200.

no Art. 4º da Lei 8.080/90 como um “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público [...]” (BRASIL, 1990a).

O conjunto de leis sobre saúde no Brasil é marcado por um expressivo avanço em seu campo jurídico²⁷. As bases para a organização e funcionamento do SUS ganharam seu aspecto prático no Art. 198 da Constituição Federal:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (BRASIL, 1988)

Esta definição foi aperfeiçoada pelas chamadas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) editadas em 1990. A Lei 8.080/90 dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, os objetivos do SUS e as competências comuns e específicas de cada esfera de governo (BRASIL, 1990a). A Lei 8.142/90, que somente foi elaborada devido a vetos presidenciais na primeira, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências de recursos intergovernamentais na área da saúde (BRASIL, 1990b).

O financiamento do sistema ocorre de maneira compartilhada entre as três esferas de governo. A emenda constitucional nº 29 de 13 de dezembro de 2000, altera parte da Carta Magna e assegura os recursos para o desenvolvimento das ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2000). O percentual mínimo de participação de cada ente federado, que tem como base a arrecadação de seus impostos, está estabelecido na Lei Complementar nº 141 de janeiro de 2012. Assim, cabe aos municípios e ao Distrito Federal o investimento de não menos que 15%, aos estados, o valor de 12%, e à União, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior da lei orçamentária anual²⁸ (BRASIL, 2012a).

Os serviços de saúde no SUS são responsáveis pela atenção integral de milhões de brasileiros e o financiamento empregado ainda se mostra como insuficiente para a totalidade das ações promocionais, preventivas e de reabilitação. A consolidação da política nacional de

²⁸ O percentual mínimo de participação da União recebeu veto presidencial, sendo motivo de grande contestação social.

saúde está diretamente atrelada ao cumprimento do setor financeiro por parte dos gestores de saúde. Pela magnitude do SUS, as consequências imediatas são a precarização dos serviços e a descrença por parte da população, o que pode ser observado na grande procura de serviços privados, principalmente em procedimentos de urgência e emergência

A participação da iniciativa privada no sistema público deve ocorrer em caráter complementar, conforme disposto no Art. 199 da Constituição Federal. A parceria público-privado é realizada mediante convênios, tendo preferências as entidades filantrópicas e sem fim lucrativo (BRASIL, 1988). Tal dispositivo legal foi motivo de grande resistência política, uma vez que as empresas de saúde angariavam grande volume de recursos através dos contratos públicos.

O SUS está assentado em alguns princípios doutrinários e diretrizes organizativas. Toda base jurídica do sistema vem sendo construída de modo a garantir a operacionalização destes princípios e diretrizes, que se articulam e se complementam para a conformação do ideário de bem-estar social da população (VASCONCELOS e PACHE, 2006).

Deste modo, os princípios doutrinários que conferem ampla legitimidade ao SUS são a universalidade, a equidade e a integralidade, previstos no Art. 7º da Lei 8.080/90. Esta lei apresenta o conceito ampliado de saúde ao destacar como seus determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990a). Nestes termos, a saúde passa a ser entendida como a expressão da organização social e econômica de um país.

O princípio da universalidade garante o acesso aos serviços de saúde a todo e qualquer cidadão em território nacional (inclusive os de nacionalidade estrangeira). Uma prerrogativa que deve ocorrer de forma gratuita, a fim romper com as desigualdades sociais no cuidado à saúde, com preconceitos e/ou privilégios de qualquer espécie. Conforme aponta Mercadante (2002), os contornos do novo modelo de saúde estão configurados, sobretudo, para o cumprimento deste princípio.

Esta política social e universalista faz do SUS um dos maiores sistemas públicos do mundo²⁹. Destacam-se algumas conquistas da sociedade brasileira no cuidado de doenças e enfermidades ao longo das três últimas décadas através de programas, projetos e políticas com

²⁹ De acordo com Brasil (2012) o SUS é o único sistema de saúde do mundo a atender uma população superior a 100.000000 (cem milhões) de habitantes de forma universal, integral e gratuita.

resultados exitosos (SOUZA e COSTA, 2002), a exemplo do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a ESF.

Como a saúde vem sendo tratada a partir de uma visão incorporadora de fatores sociais e econômicos, a equidade se torna um importante referencial de análise em saúde. O princípio da equidade busca estabelecer prioridades aos grupos sociais mais vulneráveis, de modo a garantir isonomia na assistência à saúde. Estes grupos, em razão dos determinantes e condicionantes já expressos na legislação, enfrentam maiores riscos no processo de adoecimento e morte, o que justifica a atuação mais intensa do Estado.

O enfrentamento dos principais problemas de saúde que acometem a população devem passar por uma política social e econômica que altere as condições vigentes, ou seja, voltada para a melhoria de vida dos cidadãos. Afinal, as desigualdades sociais convivem com as disparidades territoriais dos serviços de saúde (CAMARGO JÚNIOR, 2003).

Outro marco normativo importante é a integralidade, que consiste no processo de continuidade do cuidado à saúde em seus mais diversos níveis, envolvendo a atenção básica, de média e de alta densidade tecnológica. O indivíduo é considerado em sua totalidade, com base na definição de saúde como bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças, concebido durante muito tempo pelo modelo médico-assistencialista.

Para o funcionamento eficiente de um sistema complexo como o SUS, é necessário a concretização de diretrizes como a descentralização, a hierarquização, a regionalização e a participação popular. Desde a Constituição de 1988, vem se buscando aperfeiçoar estas diretrizes, conformando assim um amplo jogo de poder entre diversos atores políticos (MERCADANTE, 2002).

A gestão da saúde no Brasil foi marcada por uma forte centralização por parte do governo federal. A descentralização tem por objetivo a construção de um sistema democrático a partir da transferência de poderes, responsabilidades e recursos da União para os estados e municípios. Este princípio deve ser capaz de reconhecer as desigualdades loco-regionais sem perder de vista a integração sistêmica (VASCONCELOS e PASHE, 2006).

A municipalização vem sendo a forma de gestão adotada para um melhor atendimento à população, devido à proximidade da realidade dos munícipes, favorecendo assim o uso mais adequado de políticas sociais. Souza e Costa (2002) destacam que muitos municípios brasileiros dispõem de capital para o setor saúde advindos quase exclusivamente de repasses do governo federal, não apresentando condições suficientes para a promoção, proteção e recuperação da saúde em seu território. Os municípios de pequeno porte executam a maior parte das práticas

de atenção básica, o que não acontece com a atenção especializada. Este fato compromete a universalidade e a integralidade do sistema.

Uma proposta alternativa para a crise vivenciada pelos municípios no tratamento da saúde tem sido a regionalização. Esta diretriz consiste na definição de territórios regionais no âmbito dos estados, onde os municípios, por meio de convênios, racionalizam os recursos e buscam controlar as demandas de saúde através de uma infraestrutura compartilhada, promovendo a integração das ações.

A regionalização há muito é defendida pelo movimento de reforma sanitária e sua regulamentação só veio a se consolidar a partir das Normas Operacionais Básicas (NOB)³⁰ e das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). As NOBs foram substituídas pelas NOAS no ano de 2001, mediante acordos realizados pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT)³¹. A NOAS, editada em 2006, aprimorou o processo de regionalização a partir da elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), que divide o estado em Macrorregiões e Microrregiões de saúde. Estas regiões são controladas pelas Comissões Intergestoras Bipartite (CIB)³², sediadas nas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES), com vistas a assegurar os investimentos necessários à (re)organização assistencial (BRASIL, 2006).

As regiões de saúde constituem espaços geográficos contínuos por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados (BRASIL, 2011). Com a execução da regionalização, muitas pessoas passam a buscar a solução de seus problemas no município-polo da CRES, mesmo que este seja distante do seu local de moradia.

Para o funcionamento de uma rede de saúde regionalizada é necessário que o sistema esteja organizado de forma hierarquizada. A hierarquização corresponde à ordenação do sistema por níveis de atenção (primários, secundários e terciários). Estabelece que a porta de entrada no SUS deve ser feita através dos trabalhos das equipes de saúde da família nas unidades locais, onde os usuários, em caso da necessidade de serviços mais especializados, são encaminhados à rede ambulatorial e hospitalar de maior densidade tecnológica mediante fluxos controlados previamente.

Todo o processo de construção da política nacional de saúde deve passar, obrigatoriamente, pela participação popular. Este é um importante instrumento de gestão do

³⁰ As NOBs foram editadas nos anos de 1991, 1992 e 1996.

³¹ Órgão colegiado que reúne gestores de saúde das três esferas de governo (União, estados, Distrito Federal e municípios).

³² Órgão colegiado formado pelo representante do governo estadual e os secretários de saúde dos municípios conveniados.

SUS previsto no texto constitucional e na Lei 8.142/90. Traduz-se na criação de conselhos de saúde nas três esferas de governo, bem como na participação em conferências realizadas periodicamente³³. O controle social possibilitou aos usuários participarem da fiscalização dos recursos e da construção da política setorial. Assim, a comunidade contribui para a avaliação da situação de saúde e da formulação de programas e projetos, fazendo e pensando saúde através da democracia participativa (MERCADANTE, 2002).

As propostas legislativas fornecem bases concretas para a efetivação da política nacional de saúde. Contudo, é importante notar que este sistema vive uma problematização dicotômica entre o que está escrito e o que é realizado (SOUZA e COSTA, 2002). Isto nos permite considerar que os principais problemas do SUS estão na sua implementação, financiamento e gestão.

Apesar das regras do jogo estarem definidas, não foi possível equacionar todos os problemas da atenção à saúde no Brasil. O SUS é um sistema em construção, e, desta forma passa por significativas mudanças para a sua consolidação. Tornar prático seus princípios e diretrizes não é uma tarefa fácil. Os avanços neste setor são reflexos de um amplo processo de mobilização da sociedade civil e das negociações dos gestores de saúde nos últimos anos, e cabe a todos os atores sociais envolvidos o trabalho permanente em prol do êxito deste sistema.

3.3 Saúde da Família: a reorientação do modelo assistencial e os impasses da política de territorialização

A perspectiva inovadora e a complexidade intrínseca ao conjunto de princípios e diretrizes do SUS trouxeram a necessidade de realinhamento da filosofia da atenção à saúde no Brasil (VASCONCELOS e PACHE, 2006). A busca por alternativas que superassem a incapacidade do modelo hegemônico, centrado nas figuras do hospital e do médico, veio a resultar em novas propostas de modelos técnicos-assistenciais.

A ESF surge neste contexto com o objetivo de reorganizar o sistema nacional de saúde e, especialmente, a atenção básica. Originalmente está vinculada ao sucesso de algumas experiências nacionais e regionais bem-sucedidas, como o PACS no estado do Ceará no ano de 1987. O PACS foi implantado com a intenção de diminuir as iniquidades na prestação dos serviços de saúde, direcionado principalmente às comunidades carentes. Reconhecendo os avanços deste programa, o Ministério da Saúde em 1991 decide expandi-lo e transformá-lo em

³³ A partir da sua VIII edição em 1986 as CNS são realizadas em um intervalo de 04 (quatro) anos, sendo precedidas pelas conferências estaduais e municipais.

um programa de abrangência nacional. Por conseguinte, a fim de consolidar as propostas do PACS, em 1994 é implantado o PSF (Programa Saúde da Família).

Entendida como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação do SUS, dada a sua capacidade de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde de pessoas e coletividades, a ESF está orientada pelos princípios da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), documento que estabelece suas diretrizes gerais e seu processo de trabalho (BRASIL, 2012b).

As atividades da ESF são desenvolvidas em uma UBS, que deve ser portadora de uma infraestrutura adequada para a realização dos serviços. Assim, teríamos a combinação entre uma tecnosfera, formada pela UBS, e uma psicofera, formada pela ESF, lembrando que “a tecnosfera é o mundo dos objetos, e a psicofera é as esferas das ações (SANTOS, 2012, p. 257)

No interior de um sistema de saúde complexo e descentralizado, a ESF constitui a porta de entrada dos indivíduos, das famílias e da comunidade através da atenção primária à saúde³⁴. Dada a sua magnitude, é tida pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante para a organização dos sistemas locais, e não somente um programa setorial (PSF). A questão envolvendo o uso da terminologia mais apropriada é tratada por Andrade, Bueno e Bezerra (2006, p. 802-803):

A Estratégia Saúde da Família não foi implantada somente para organizar a atenção primária no SUS temporariamente, mas essencialmente para estruturar esse sistema público de saúde, uma vez que houve um redirecionamento das prioridades de ação. Logo, seria mais apropriado nos referirmos ao PSF como estratégia de saúde e não apenas como um programa setorial.

A ESF é formada por uma equipe multiprofissional, conhecida como equipe de Saúde da Família (eSF). De acordo com a PNAB (BRASIL, 2012b) a equipe deve ser composta por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Podem ser acrescentados, ainda, os profissionais de saúde bucal, a saber: um cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e/ou um Técnico em Saúde Bucal (TSB).

Estes profissionais são responsáveis pela humanização das práticas de saúde com foco

³⁴ De acordo com a PNAB (BRASIL, 2012b, p. 19) os termos Atenção Básica e Atenção Primária são equivalentes, e correspondem a “[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”

na satisfação do usuário. Têm na unidade familiar e na comunidade o principal objeto de intervenção, com atividades relacionadas ao diagnóstico da situação de saúde dos indivíduos, a abordagem interprofissional, prestação da assistência de forma continuada, educação em saúde (entre usuários e profissionais), planejamento das ações locais e a promoção da participação social (BRASIL, 2012b). Este conjunto de ações permite elevar o nível de saúde local com um modelo técnico-assistencial de baixo custo.

Para a operacionalização das ações na ESF, a PNAB estabelece como um dos seus princípios básicos:

I - Ter *território adscrito* sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade (BRASIL, 2012b, p. 20, grifo nosso).

A atuação das equipes de Saúde da Família ocorre, portanto, através da chamada territorialização em saúde. Segundo Habataert (2004), a territorialização é um processo que consiste no domínio (político-econômico) e apropriação (simbólico-cultural) do espaço geográfico pelos grupos humanos. No setor saúde, aponta Faria (2013), é uma técnica de planejamento e uma política de Estado utilizada para planejar a localização e os modos de inscrição territorial dos serviços de saúde nas diversas escalas. Deste modo, a territorialização constitui-se na apropriação do território pelos serviços de saúde.

Uma importante crítica a este termo foi feita por Souza (2003b), segundo a qual, a concepção sobre territorialização é um equívoco, pois o território é uma instância inerente a todas as coisas³⁵.

Silveira (2013) destaca que o SUS está instalado sobre uma base territorial e todas as suas políticas e ações obedecem à lógica de limites de áreas. Assim, o sistema de saúde brasileiro necessita de delimitação geográfica para a organização dos serviços, sempre alinhado aos princípios da regionalização e hierarquização. Guimarães (2015) reforça essa ideia ao considerar que a expansão físico-territorial dos serviços de saúde demanda a análise de desafios operacionais da territorialização, ganhando ênfase o espaço sob o controle da ordem administrativa nas diferentes escalas de poder (municípios, estados e União).

A organização da ESF tem como principal desafio o desenvolvimento de um trabalho a

³⁵ “Fala-se muito hoje em territorialização da saúde. Isto é um enorme equívoco. O território usado é algo que se impõe a tudo e a todos. Logo, falar em territorialização de uma coisa é uma tautologia, pois todas as coisas necessariamente estão territorializadas. Nada pode ser adjetivado com o território. Ele é inerente a todas as coisas” (SOUZA, 2003b, p. 14).

partir da definição de um território-alvo. Uma equipe multiprofissional responsável por uma população em uma área delimitada, organizada de modo a prestar assistência em saúde com qualidade. O estabelecimento do território de referência deve ser capaz de promover um maior vínculo entre os usuários e os profissionais, com impactos positivos para a situação de saúde.

Em uma abordagem territorial que trate de limites e fronteiras, Faria (2013) considera que a ESF está fora deste contexto. Tudo o que limita acaba por limitar duplamente, incluindo de um lado, e excluindo de outro. Todavia, no âmbito de um sistema de saúde universalizado isso não constitui um problema, podendo ser representado pela demanda espontânea de usuários de outros territórios, uma vez que todo cidadão tem o direito de ser atendido em qualquer UBS indistintamente.

Cada equipe de Saúde da Família é responsável por no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 para uma maior equidade dos serviços. O número de ACS deve ser capaz de atender a 100% da população cadastrada, com o máximo de 750 pessoas por cada agente e de 12 ACS para cada equipe de Saúde da Família. O quantitativo de usuários sob a responsabilidade de uma equipe deve estar de acordo com a vulnerabilidade das famílias no território, o que significa um menor número à medida que a vulnerabilidade do público-alvo é maior (BRASIL, 2012b).

A atenção primária é o nível de atenção do SUS que necessita de uma melhor definição de sua base geográfica, pois constitui o primeiro contato dos usuários com o sistema. A territorialização deste setor é uma metodologia que recebeu forte influência de propostas teóricas da OPAS (Organização Panamericana de Saúde) nos anos 1980, tendo como base algumas experiências internacionais (FARIA, 2013). Nos dizeres de Gondim et al (2008) este é o ponto de partida para a organização dos serviços e das práticas de vigilância em saúde. O espaço delimitado permite a materialização do planejamento por meio de informações sobre a saúde e as condições de vida da população.

O modo como o território da saúde da família é delimitado, entretanto, gera algumas dúvidas e incertezas quanto a sua eficiência. Em geral, a territorialização da ESF é realizada através da adscrição de clientela, onde os ACS cadastram um determinado número de famílias de forma a agregar um conjunto de pessoas geograficamente e estabelecer o território ao qual estas devem pertencer.

A PNAB prevê que todos os profissionais envolvidos na ESF participem do processo de territorialização e mapeamento de suas respectivas áreas de atuação, identificando indivíduos, famílias e grupos em condições de vulnerabilidade (BRASIL, 2012b). Na prática, os desdobramentos deste processo acabam por resultar em ações burocráticas e alheias as formas

do território. É o que aponta os estudos feitos por Pires (2007), Aranha (2010), Faria (2013) e Silveira (2013), ao constatar que a espacialização dos serviços de atenção primária está orientada por uma perspectiva política-administrativa de espaços geometricamente definidos.

De acordo com Pires (2007) a tomada de decisão sobre a localização dos serviços de saúde tem se pautado por técnicas de planejamento que nem sempre são adequadas às distintas realidades do território. A autora destaca uma certa preocupação dos gestores de saúde em relação a distribuição geográfica dos serviços sem, no entanto, avaliá-los do ponto de vista de uma abordagem geográfica, ou seja, como se dá a sua distribuição espacial e como os agrupamentos humanos interagem com estes equipamentos e infraestruturas.

Faria (2013) considera a existência de uma tríade na territorialização da ESF a que chama de “serviço-oferta-território”. O serviço é o agente apropriador, responsável pela demarcação dos limites territoriais; a oferta é a estratégia, ou seja, a ação territorializadora do Estado, o que caracteriza uma relação de poder; enquanto o território é a área apropriada pelo serviço. Em uma perspectiva de adequação da ESF aos perfis do território, a tríade apresentada deve estar em posição invertida.

A crítica a este processo reside no fato de que é necessário o reconhecimento do território em seus diversos contextos de uso, pois é no território usado, sinônimo de espaço geográfico (SANTOS e SILVEIRA, 2001), que os diversos atores políticos interagem e produzem situações de saúde.

Há que se discutir, no âmbito das políticas de saúde, o descompasso existente entre as normas e as formas do território, isto é, como o território realmente é e como vem sendo enquadrado pela ESF (ARANHA, 2010). Não obstante o fato da PNAB destacar a necessidade do reconhecimento dos contextos sociais, econômicos, culturais e epidemiológicos do território, a territorialização da ESF tem se pautado no critério populacional como única norma definidora para as áreas de abrangência. Isto se deve, em parte, ao fato da própria PNAB não especificar métodos alternativos além da adscrição de clientela.

É com base nestes fatos que surge a questão inquietante da presente pesquisa: como foram definidos os territórios da Estratégia Saúde da Família na cidade de Aurora-CE? Nossa hipótese é de que o processo de demarcação territorial ocorreu de forma burocrática e não participativa, limitando-se aos dados coletados pelos ACS e o mapeamento a partir de suas microáreas e a não interação comunidade-equipe de saúde da família-gestores de saúde para o melhor reconhecimento do território. Tal processo acaba por não acompanhar as sinuosidades do território em seus vários contextos de uso, evidenciando assim um certo reducionismo no planejamento territorial.

Essa problemática será melhor compreendida no capítulo a seguir, a partir de um estudo empírico da territorialização da ESF em duas UBS na cidade de Aurora-CE.

4 A GESTÃO DA SAÚDE E A TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM AURORA-CE

Este capítulo trata dos resultados da pesquisa sobre o processo de territorialização da ESF no município de Aurora-CE. O ponto de partida consistiu na definição da área de estudo. Optamos pelos territórios de abrangência das UBS Araçá I e II, localizadas na sede do município, onde são realizados procedimentos de atenção básica no bairro Araçá, que possui a maior densidade populacional para a cobertura da ESF.

A partir da base cartográfica digital fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) foi possível a identificação e análise dos territórios onde interagem os gestores de saúde, profissionais da atenção básica (especialmente os ACS), a população e os serviços. Do mesmo modo é apresentada a espacialização dos serviços e as infraestruturas de média e alta densidade tecnológica normatizadas pela regionalização da saúde no PDR/CE (2014).

Avaliamos a territorialização da ESF e a participação dos atores sociais, tendo como marco metodológico análises documentais, entrevistas e visitas *in loco* que resultaram na produção de mapas, quadros e tabelas sobre o assunto. Ao final, apresentamos nossa percepção sobre o território da saúde da família, discutindo suas propostas e (in)coerências para a consolidação do SUS.

4.1 O município de Aurora-CE e a geografia dos serviços de saúde

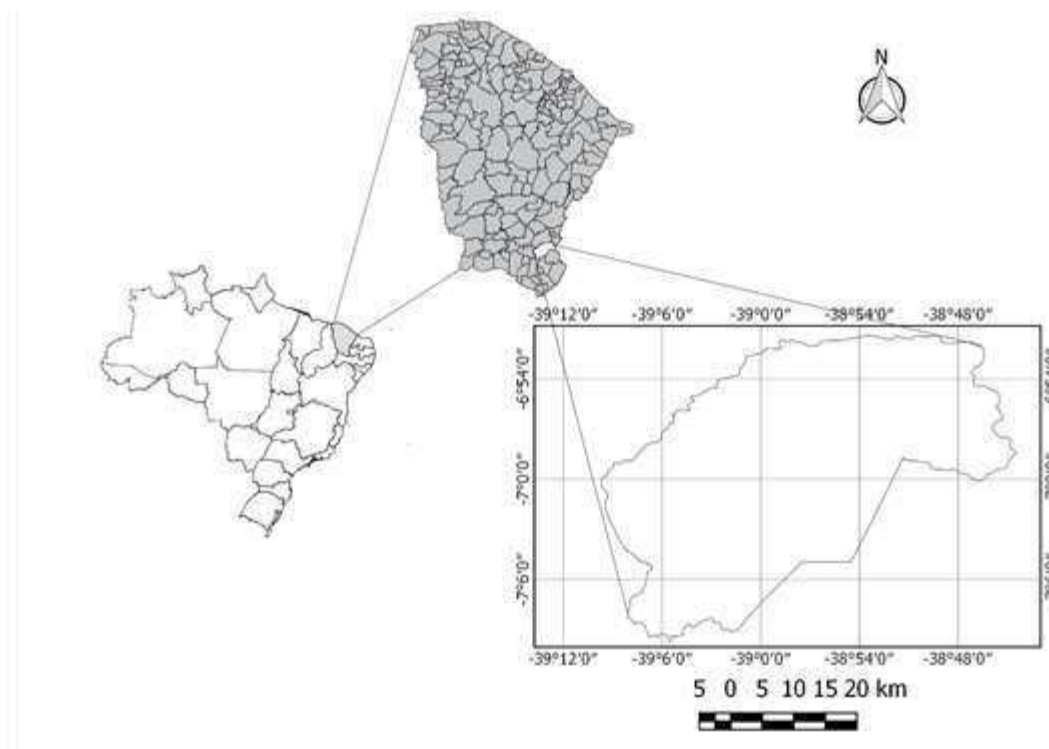
Aurora é um município situado na região do Cariri, na porção sul do estado do Ceará (Figura 01). Está localizado a 470 km de distância da capital Fortaleza, com uma população estimada de 25.340 habitantes de acordo com dados do IBGE (2017). Seu território limita-se com os seguintes municípios: ao Norte - Lavras da Mangabeira e Ipaumirim; ao Sul - Milagres e Missão Velha; ao Leste – Barro e Cachoeira dos Índios (Paraíba); e ao Oeste – Caririagu.

A municipalização da saúde em Aurora tem a ESF como modelo de atenção norteador para as ações de cuidado à saúde da população. Ribeiro (2006) enfatiza que esta diretriz organizativa do SUS amplia a capacidade de gerenciamento das estratégias de saúde no município, aumenta a capacidade de oferta de serviços, aproxima as demandas da população e imprime uma maior participação da comunidade no controle das políticas sociais.

A atenção básica é tida como o nível assistencial cuja efetivação deve ser garantido em

sua totalidade pela esfera municipal, de acordo com as regulamentações do SUS e do Plano Municipal de Saúde de Aurora (PMS) para o período compreendido entre os anos de 2014 e 2017³⁶. Este documento é um elemento normativo exigido pela Lei 8.142/90, o qual dispõe sobre a organização e estruturação do sistema municipal de saúde (BRASIL, 1990b), devendo passar pela apreciação e acompanhamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e do chefe do poder executivo local. O PMS de Aurora destaca, entre outros assuntos, a “ampliação das equipes de Saúde da Família no município e a definição das áreas de abrangência das UBS” (AURORA, 2014, p. 82), bem como os serviços de média e alta complexidade dispostos de forma regionalizada através de pactos intermunicipais.

Figura 01 - Mapa de Localização do Município de Aurora-CE



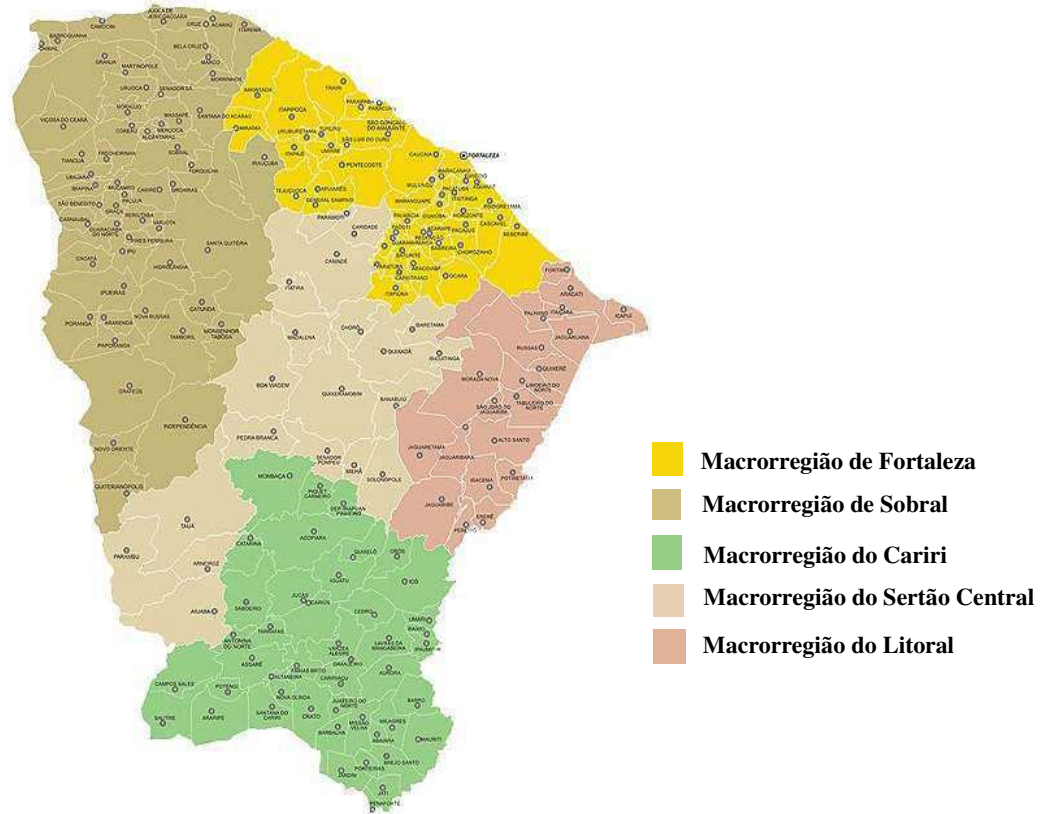
Fonte: Base de dados IBGE (2016). SIRGAS 2000/zona UTM 24s
Elaboração: Jefferson Fernandes (2018)

Assim como todos os municípios brasileiros os serviços de saúde em Aurora são orientados pelas premissas do SUS. A regionalização e a hierarquização se materializam por meio da instituição do PDR do estado do Ceará, editado em 2014, estando Aurora entre os

³⁶ O último PMS (2018-2021) foi aprovado em setembro de 2017 na VI Conferência Municipal de Saúde.

municípios da Macrorregião do Cariri (Figura 02).

Figura 02 - Mapa das Macrorregiões de Saúde do Ceará



Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (2014)

A Lei 8.080/90 destaca que os municípios podem constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e serviços de saúde que lhe correspondam (BRASIL, 1990a). De tal modo, com a regionalização é possível ampliar a resolutividade das práticas em saúde na esfera estadual a partir de fluxos de referência entre os municípios e o compartilhamento de suas infraestruturas, verificadas as necessidades de saúde da população com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico (BRASIL, 2012).

Através das chamadas Programações Pactuadas Integradas (PPI), que são acordos realizados pelos gestores municipais de saúde no âmbito do estado, é constituída a base jurídico-administrativa para a operacionalização da equidade na oferta dos serviços de saúde em escala regional, especialmente os que exigem maior densidade tecnológica. Com efeito, o direcionamento das ações e recursos na Macrorregião do Cariri está orientado com base na divisão em algumas Microrregiões (Quadro 01).

Quadro 01 – Microrregiões de Saúde do Cariri, Ceará

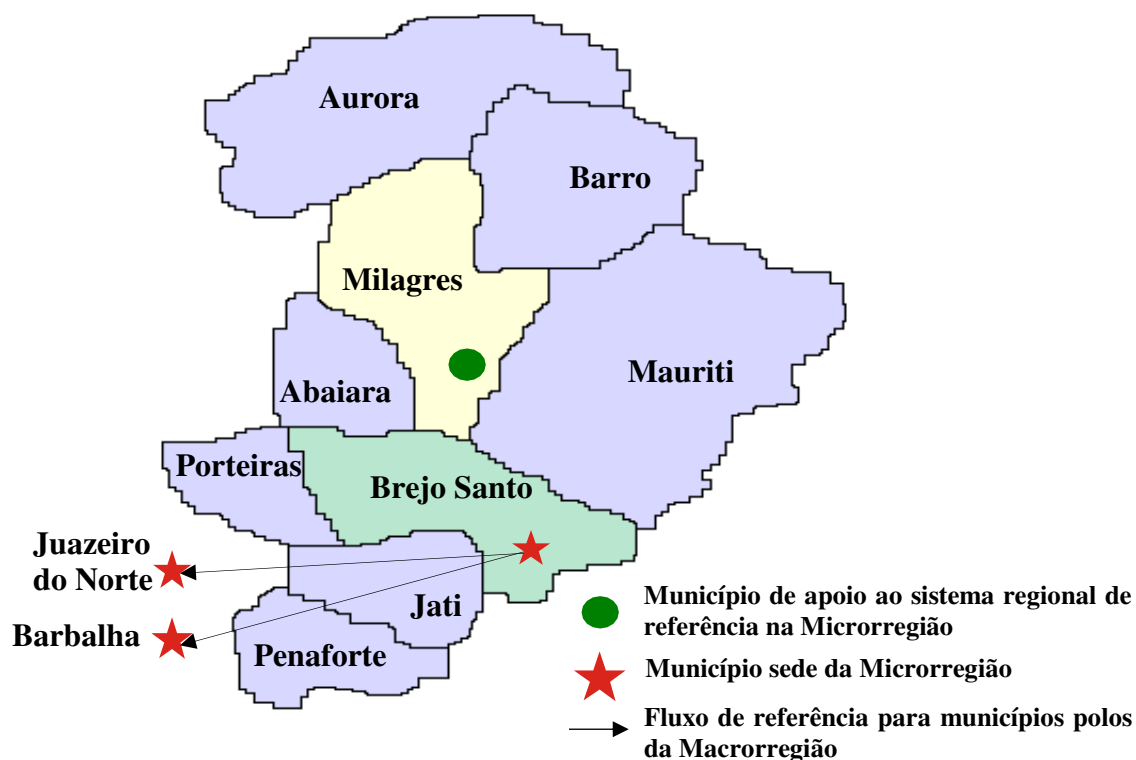
Nº da Região	Microrregiões	Nº de Municípios	População
17	Icó	07	170.862
18	Iguatu	10	315.459
19	Brejo Santo	09	210.666
20	Crato	13	332.742
21	Juazeiro do Norte	06	412.620
TOTAL	05	45	1.442.349

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (2014)

Dados populacionais IBGE (2013)

A estruturação destas Microrregiões leva em conta os fluxos populacionais e as articulações entre os municípios componentes, sendo espaços político-administrativos que possuem dinâmica assistencial interna e externa de forma a garantir a integralidade das ações prevista no SUS.

Aurora está vinculada a 19ª Região de Saúde, que tem como pólo de referência o município de Brejo Santo, onde juntamente com outros oito (08) municípios a SMS realiza convênios por meio dos quais assegura a assistência de média e alta complexidade (Figura 03). O acordo entre estes municípios ocorre por meio da CIR (Comissão Intergestora Regional), formada por um representante do governo estadual e representantes dos municípios conveniados (geralmente o Secretário Municipal de Saúde).

Figura 03 – Mapa da Microrregião de Saúde de Brejo Santo-CE

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (2014)

Considerando que a materialidade é uma condição e um convite à ação (SANTOS, 2012) e que as infraestruturas do setor saúde são condicionantes para o bem-estar da população, a análise das configurações territoriais³⁷ em Aurora é um aspecto essencial.

Por possuir baixa densidade técnica e demográfica, o município de Aurora não está entre os centros de referência na regionalização dos serviços de saúde do estado do Ceará, com uma infraestrutura voltada essencialmente para a atenção primária e secundária (Quadro 02). Assim, os estabelecimentos de saúde estão constituídos pelos serviços distribuídos segundo os níveis de atenção do SUS.

Quadro 02 – Estabelecimentos de saúde por níveis de atenção, Aurora-CE

Níveis de Atenção	Estabelecimentos	Quantidade
Atenção Primária	Unidade Básica de Saúde	12
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica	01
Atenção Secundária	Centro de Especialidades Odontológicas	01
	Centro de Atenção Psicossocial	01
	Policlínica Municipal Dr. Acilon Gonçalves	01
	Hospital Geral Ignez Andraza	01
Atenção Terciária	-	00
TOTAL		17

Fonte: Ministério da Saúde. DATASUS/SISAB (2018)

Parte dos serviços de média complexidade, como cirurgias de pequeno risco e exames de baixo custo e densidade tecnológica, são feitos na Policlínica Municipal Dr. Acilon Gonçalves e/ou no Hospital Geral Ignez Andraza³⁸. Detectada a necessidade de serviços de maior densidade tecnológica não ofertados no nível municipal os usuários são dirigidos através de protocolos de regulação aos municípios de Brejo Santo (sede da Microrregião), Barbalha e Juazeiro do Norte (sedes da Macrorregião)³⁹.

A partir de acordos estabelecidos na PPI, temos os atendimentos nas seguintes instituições por município: Brejo Santo - Policlínica Regional, Hospital Infantil Jesus da Praga, Hospital dos Olhos e Hospital Geral de Brejo Santo; Barbalha - Hospital Santo Antônio, Hospital e Maternidade São Vicente de Paula; Juazeiro do Norte - Hospital Regional do Cariri⁴⁰ (AURORA, 2014).

³⁷ As configurações territoriais são para Santos (2012) todo sistema de engenharia resultante da interação entre os sistemas naturais somados as atividades humanas em determinado espaço.

³⁸ Hospital filantrópico conveniado ao SUS.

³⁹ Via BR 116 com veículos próprios da SMS mediante agendamento prévio e/ou diagnosticada a necessidade para atendimento de urgência/emergência.

⁴⁰ A SMS também realiza convênios com clínicas médicas particulares em Aurora-CE e nos municípios da Macrorregião do Cariri (conhecidos como contratos “Extra PPI”).

Os principais estabelecimentos de saúde para o atendimento da população em Aurora são, portanto, as UBS. Pires (2007) considera que, do ponto de vista geográfico, a UBS é representada por um ponto no espaço, com uma rede de fluxos modelada pelas características do território a que pertencem, relacionando-se com seu entorno de forma dinâmica. A distribuição espacial das UBS em Aurora entre zona rural e urbana apresenta um relativo equilíbrio, observadas as densidades demográficas dos territórios adscritos (Quadro 03).

Quadro 03 – UBS por zona e população adscrita, Aurora-CE

Zona	Unidade	População por UBS (*)	População por Zona (**)	%
Urbana	UBS Paulo Gonçalves	2.414	12.773	50,4
	UBS São Benedito	2.741		
	UBS Araçá I	2.387		
	UBS Araçá II	2.849		
	UBS Centro	2.382		
Rural	UBS Tipi	1.844	12.567	49,6
	UBS Ingazeira I	2.469		
	UBS Ingazeira II	1.090		
	UBS Santa Vitória	2.133		
	UBS Santa Cruz	1.648		
	UBS Cachoeira	1.712		
	UBS Calumbi	1.671		
TOTAL	12	25.340	25.340	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Aurora-CE (2017)

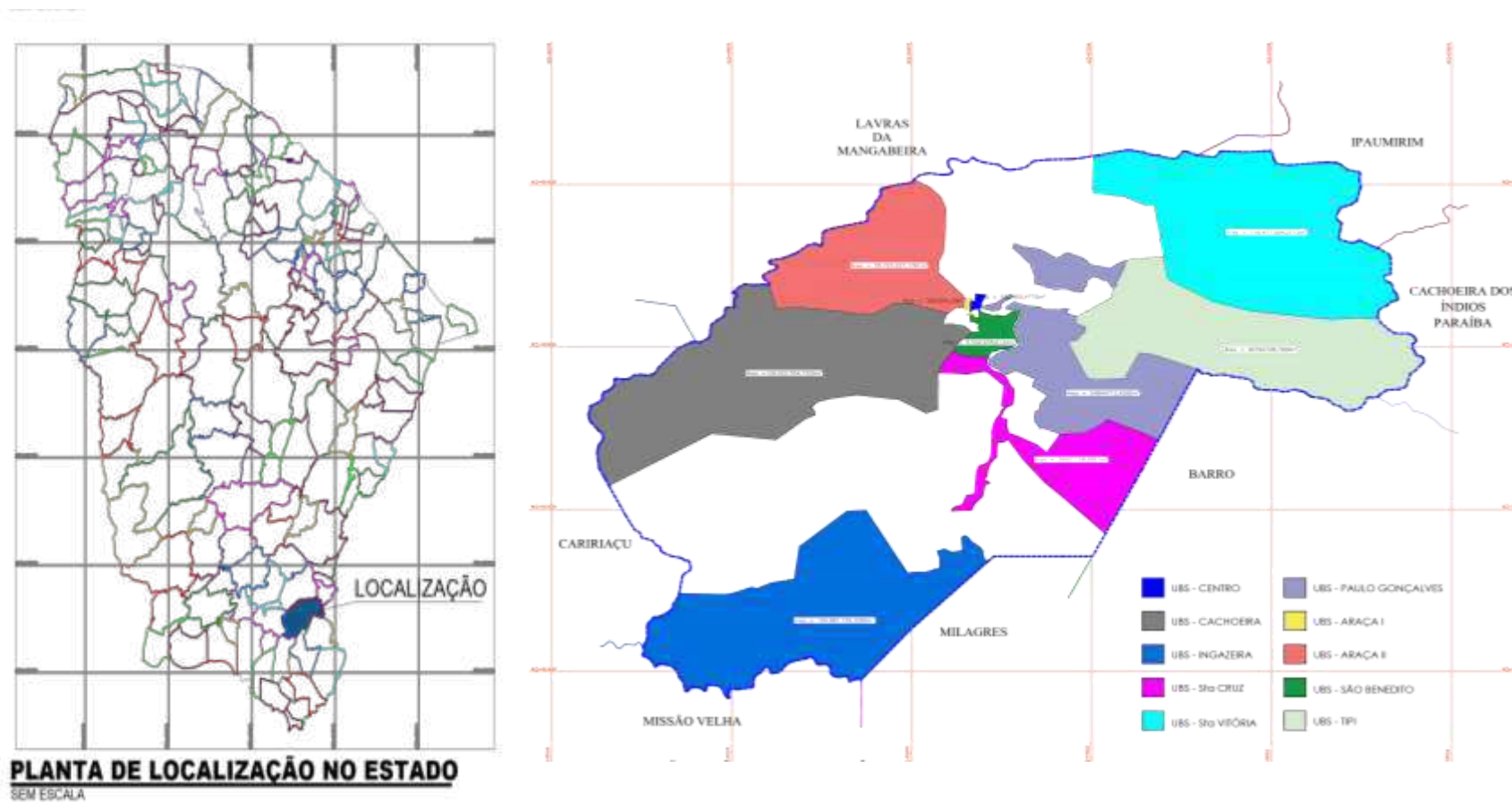
(*) Dados populacionais coletados pelas equipes de Saúde da Família

(**) Dados populacionais IBGE (2016)

Perseguindo os objetivos do PMS de Aurora (2014-2017) no ano de 2016 a ESF alcançou a meta de 100% de cobertura populacional e famílias cadastradas. Realizou-se a territorialização a partir do funcionamento de 12 UBS de modo a “reterritorializar as áreas da Estratégia Saúde da Família, consolidar as unidades da atenção básica e reorganizar as áreas de abrangência em microáreas” (AURORA, 2014, p. 82).

De acordo com a Lei 8.080/90 em seu Art. 10 § 2º “no nível municipal o SUS pode organizar-se através de distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas para a cobertura total das ações em saúde” (BRASIL, 1990a). Estes distritos em Aurora estão estruturados como territórios de atenção básica, em consonância com a capacidade técnica e administrativa do município. A base cartográfica fornecida pela SMS nos mostra um delineamento que representa o primeiro passo para compreendermos a territorialização da ESF (Figura 04).

Figura 04 – Territórios da ESF em Aurora-CE



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Aurora-CE (2017)

No atual perfil do sistema de saúde brasileiro, o território assume um papel fundamental. Para o planejamento da atenção básica, a definição dos limites geográficos deve ser o mais preciso quanto possível. Em conformidade com as diretrizes da PNAB e das orientações no PMS de Aurora (2014-2017), as equipes da ESF têm autonomia para utilizar os critérios que acharem convenientes na territorialização de suas áreas, desde que sejam respeitadas as condições socioeconômicas, sanitárias e político-administrativas locais. Dito isso, vejamos como estão dispostas territorialmente as UBS tomadas como referência para a presente pesquisa.

4.2 UBS Araçá I e II: caracterização e recortes espaciais

As UBS Antônio de Sousa Ramalho (Araçá I) e Virgínia Uchôa Ricardo de Macêdo (Araçá II) estão localizadas no bairro Araçá, porção oeste da sede do município de Aurora (Figura 05). Conforme relata a enfermeira coordenadora da unidade, a primeira UBS foi fundada em 2009 e tinha como principal característica “desafogar” a grande demanda de usuários do bairro Araçá e localidades próximas em direção ao Hospital Geral Ignês Andreaza⁴¹. A segunda teve sua fundação em 2016, tendo em vista a necessidade de ampliar os serviços da atenção básica as comunidades até então territorialmente desassistidas.

Figura 05 – Localização das UBS Araçá I e II na cidade de Aurora-CE



Fonte: Google Earth/C7 GPS Dados
Elaboração: Jefferson Fernandes (2018)

⁴¹ Entrevista realizada no dia 06 de fevereiro de 2018.

As UBS Araçá I e II estão situadas na Rua Cícero José do Nascimento, onde circula o maior número de pessoas e concentra grande parte das atividades de comércio e serviços do bairro. Esta localização também se deve por esta área ser de propriedade da Prefeitura Municipal de Aurora⁴².

Imagem 01 – Vista parcial da UBS Araçá I



Fonte: Jefferson Fernandes (2018)

Imagem 02 – Vista parcial da UBS Araçá II



Fonte: Jefferson Fernandes (2018)

A UBS Araçá I conta com 808 famílias cadastradas e um total de 2.387 pessoas distribuídas entre 25 localidades (ruas e comunidades rurais). Estas localidades são acompanhadas por cinco (05) ACS em suas microáreas de acordo com o limite de usuários previstos na PNAB.

⁴² Na rua Cícero José do Nascimento ainda se encontram a Escola de Ensino Infantil e Fundamental Romão Sabiá, a Quadra Poliesportiva Municipal e o Estádio Municipal Romão Sabiá.

A UBS Araçá II está organizada com base no cadastramento de 899 famílias e uma população de 2.849 habitantes. Abrange um maior número de localidades em relação à UBS Araçá I, com um total de 41 áreas (ruas e comunidades rurais) que contam com o acompanhamento de seis (06) ACS.

É importante ressaltar que os dados de cadastramento familiar no território da ESF são modificados mensalmente a partir das informações coletadas pelos ACS durante as visitas domiciliares, sendo posteriormente direcionados para a SMS, que é responsável por alimentar o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

A variação dos dados de cadastramento de famílias recebe o nome de “população flutuante”, destacando-se alguns fatores como mudança de endereço, óbitos e nascidos vivos. Neste trabalho, optamos por utilizar os dados da última territorialização realizada em 2016 e que estão disponíveis no documento “Credenciamento das Equipes de Saúde da Família” (AURORA, 2017).

No tocante à infraestrutura, as UBS Araçá I e II contam com salas de consultórios médico, odontológico e de enfermagem, sala de vacinação, recepção e administração, bem como uma farmácia básica e uma sala de cozinha. A UBS Araçá II, a mais recente do município de Aurora e de melhor infraestrutura, ainda conta com duas salas especiais onde são realizadas as atividades do Núcleo Aurorense de Apoio a Autistas e Familiares (NAAF) e do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD).

O NAAF constitui um serviço de saúde pioneiro desenvolvido pelo município de Aurora para o cuidado da população autista, onde atua um fonoaudiólogo, um nutricionista e um terapeuta ocupacional. Já as ações do SAD são direcionadas às pessoas que necessitam de cuidado mais intensivo para além das unidades de saúde, com procedimentos realizados em domicílio através de um médico, um enfermeiro, um fisioterapeuta e um técnico de enfermagem⁴³.

Nestas condições, as UBS Araçá I e II contam com um bom aparato técnico para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e reabilitação da saúde da população, dispondo de uma equipe de profissionais (Quadro 04) de forma a garantir os procedimentos mínimos de assistência.

Sobre o território de atuação da equipe de atenção básica, Pires (2007) destaca que, do ponto de vista da representação, a ESF está orientada sob duas formas: o território área e o território microárea. O território área corresponde à área de abrangência da UBS em função do

⁴³ Pesquisa direta realizada durante visita as instalações da UBS Araçá II.

fluxo de trabalhadores e usuários. Já o território microárea constitui o recorte espacial de atuação dos ACS, que geralmente são assimétricos e concentram grupos populacionais mais ou menos homogêneos em condições sociais, econômicas e sanitárias. O território área e o território microárea das UBS Araçá I e II estão representados nas Figuras 06 e 07.

Quadro 04 - Composição das Equipes de Saúde da Família Araçá I e II

Profissionais	UBS Araçá I	UBS Araçá II	Total
Agente Comunitário de Saúde	05	06	11
Auxiliar de Enfermagem	00	00	00
Técnico de Enfermagem	02	02	04
Enfermeiro	01	01	02
Auxiliar de Saúde Bucal	00	00	00
Técnico de Saúde Bucal	01	01	02
Cirurgião-Dentista	01	01	02
Médico	01	01	02
TOTAL	11	12	23

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Aurora-CE (2017)

Uma análise destes territórios nos remete às contribuições de Faria (2013), segundo o qual deve haver uma solidariedade entre as diferentes escalas do SUS para a garantia da universalidade. É o caso da solidariedade dos ACS, que muitas vezes atuam fora de sua microárea e/ou compartilham usuários de uma mesma localidade. No caso dos ACS das UBS Araçá I e I ocorre o compartilhamento de áreas como as Ruas Guedes Martins, São Francisco, Bela Vista e Parque Sabiá, cujo principal fator é a ampliação do bairro por meio da construção de residências. Outro exemplo de compartilhamento de área ocorre em relação ao sítio Recreio, pertencente à UBS São Benedito, mas cuja maior parte dos usuários utiliza os serviços da UBS Araçá I, tendo como principal fator o tempo de deslocamento. Portanto, mesmo havendo limites para a atuação das equipes, conforme estabelece a PNAB, é necessário a integração entre os territórios, cuja existência deve se fundamentar na organização dos fluxos de serviços e usuários, e não para impedi-los.

As microáreas estudadas apresentam uma enorme assimetria territorial, o que pode ser explicado, em parte, pelos arruamentos e pela relação entre a extensão da área e a população residente. A diferença na proporção da área de atuação dos ACS (Figuras 06 e 07) tem relação direta com a baixa densidade demográfica de algumas localidades. É o caso da microárea da ACS Sra. Francisca Lucicleide Calixto Leite, no território Araçá II (Figura 07) que possui a maior microárea em estudo, no entanto, com uma clientela de 67 famílias distribuída em quatro (04) comunidades rurais⁴⁴.

⁴⁴ Logradouros rurais: Guati, Barreiro, Gamela e Olho D'água.

Figura 06 - Território da ESF Araçá I



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Aurora-CE (2017)

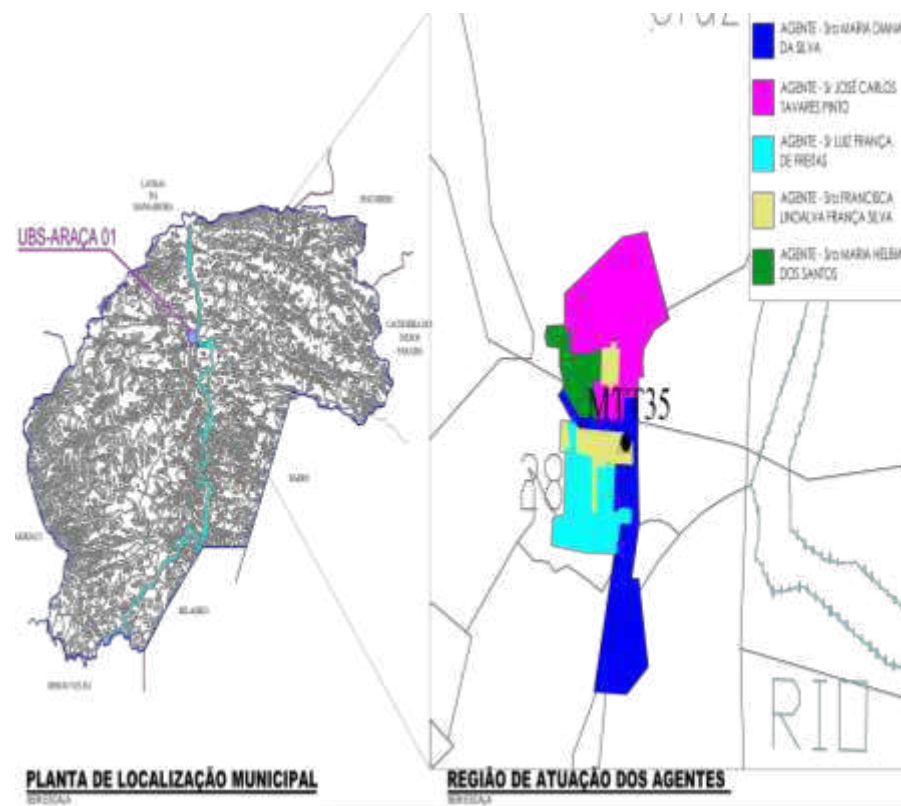
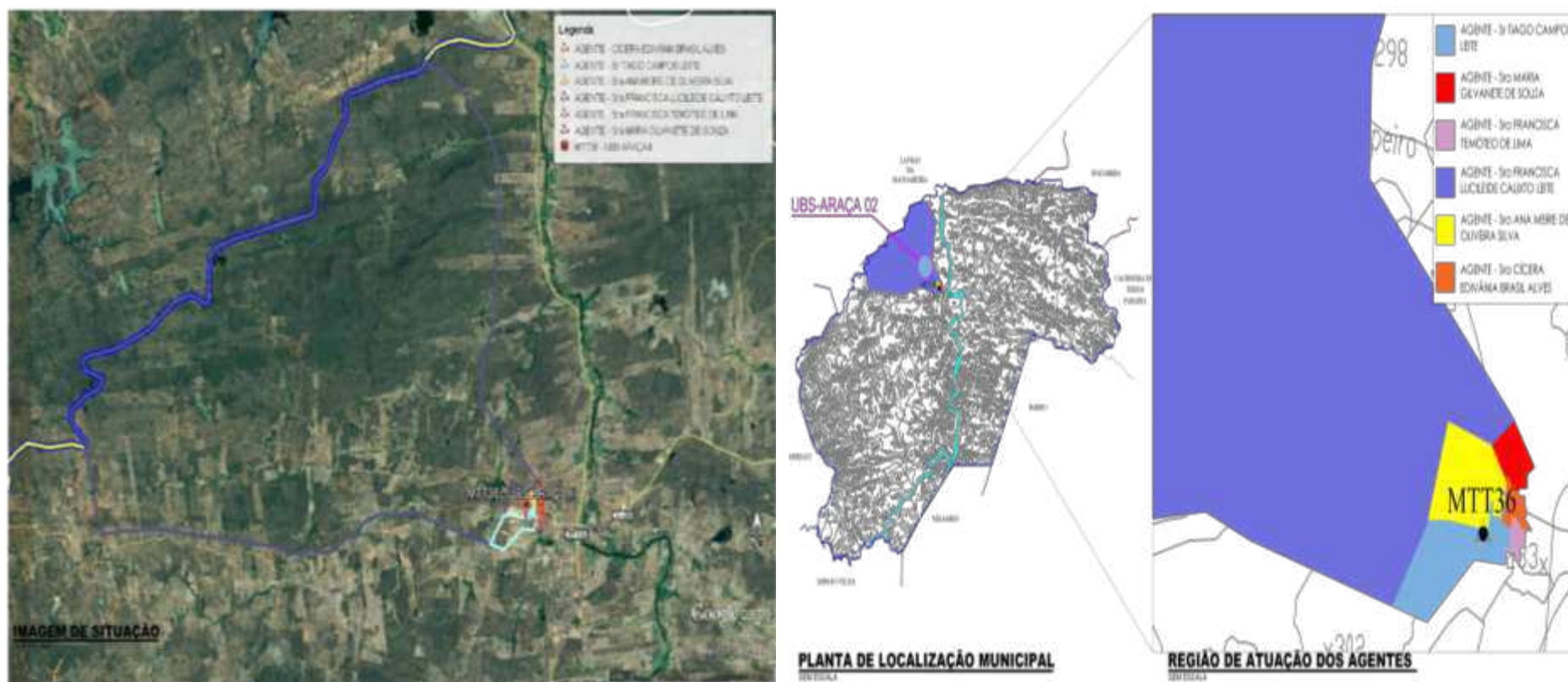


Figura 07 - Território da ESF Araçá II



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Aurora-CE (2017)

4.3 Os sujeitos sociais no processo de territorialização da atenção básica

A participação dos sujeitos sociais na territorialização da atenção básica é um importante passo para a construção democrática do SUS. Segundo Silveira (2013), a territorialização deve ser compartilhada entre os gestores e profissionais de saúde e a população assistida, observando-se as condições de vida e infraestrutura disponível para a solução dos problemas sanitários da comunidade, de modo a criar um ambiente de responsabilização para a consolidação da ESF.

Aqui entendemos como atores sociais a gestão municipal de saúde de Aurora, os profissionais de saúde e as famílias territorialmente pertencentes às UBS Araçá I e II. Desta feita foram entrevistados a diretora do Departamento de Atenção Básica, as equipes de saúde e um percentual de famílias distribuído conforme a tabela abaixo.

Tabela 01 - Distribuição numérica e percentual de famílias participantes da pesquisa

UBS	Famílias Cadastradas	Famílias Entrevistadas	%
Araçá I	808	40	4,9
Araçá II	899	48	5,3
TOTAL	1.707	88	10,2

Fonte: Jefferson Fernandes (2018)

Adotamos como critério para a seleção das famílias participantes da pesquisa uma distribuição por microáreas, que, segundo Pires (2007), constitui a menor unidade territorial do SUS. Foram escolhidas aleatoriamente oito (08) famílias para cada território de atuação dos ACS, sendo que a UBS Araçá I possui cinco (05) microáreas (40 famílias participantes) e a UBS Araçá II seis (06) microáreas (48 famílias participantes). As entrevistas foram aplicadas em forma de questionário (Apêndice) durante o mês de fevereiro de 2018, e as visitas às famílias foram realizadas na companhia dos ACS em seus respectivos territórios (Imagens 03 e 04).

O planejamento da territorialização das UBS Araçá I e II teve início em junho de 2015, quando a Prefeitura Municipal de Aurora, por meio do Decreto nº 190801/2015, promoveu a realização de concurso público para o cargo de ACS visando a redistribuição e cobertura de áreas desassistidas pela ESF (AURORA, 2015). De acordo com a Diretora do Departamento de Atenção Básica havia uma sobrecarga de trabalho na UBS Araçá I que contava com somente 09 ACS, evidenciando a necessidade de uma reterritorialização e a construção de uma nova

unidade no bairro. Atendendo a estas exigências a UBS Araçá II foi construída no ano de 2016⁴⁵.

Imagem 03 – ACS na Rua Bela Vista, território Araçá I



Fonte: Jefferson Fernandes (2018)

Imagem 04 – ACS na Rua do Poço, território Araçá II



Fonte: Jefferson Fernandes (2018)

⁴⁵ Entrevista realizada no dia 24 de janeiro de 2018.

Interessante discussão poderia ser feita a partir do esboço cartográfico destes territórios, no entanto a SMS não dispõe de tal material. A localização das áreas de abrangência das UBS se dava por meio de documentação contendo as localidades sob a responsabilidade de cada equipe de saúde, e o reconhecimento se dava, notadamente, pelo fato dos ACS serem moradores do bairro.

O primeiro mapeamento geotécnico da ESF no município de Aurora (observar Figura 04) foi feito por uma equipe da RBMC (Rede Brasileira de Monitoramento Contínuo dos Sistemas GNSS - Global Navigation Satellite Systems) onde foi elaborado o documento “Credenciamento das Equipes de Saúde da Família” (AURORA, 2017). Este documento faz parte de uma das exigências do Ministério da Saúde para avaliação das UBS no Brasil através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)⁴⁶.

Passada a fase do certame para o cargo de ACS no município de Aurora e com a inauguração da UBS Araçá II em 2016 é feita a redistribuição do território. A SMS através de um levantamento inicial reuniu-se com a coordenação das referidas unidades (geralmente uma enfermeira de nível superior) para discutir o planejamento das atividades de territorialização, onde cada equipe de saúde faria o (re)cadastro de usuários para a organização da sua base territorial (AURORA, 2017). As pessoas e famílias foram identificadas pelos seus endereços por meio da “Ficha A” dos ACS (Anexo III), que constitui um importante instrumento de inscrição territorial na ESF.

Assim como dos ACS, é atribuição dos demais profissionais da atenção básica “participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a condições de vulnerabilidades” (BRASIL, 2012, p. 43). Da mesma forma, destaca Silveira (2013), a população assistida, além de cadastrada, deve ser entrevistada, identificada em suas regiões de saúde e individualidades para a elaboração e mapeamento do plano de ação das atividades locais, posto que a ESF é uma proposta democrática para a consolidação do SUS.

Uma análise da participação destes atores sociais, no entanto, revela uma concentração no planejamento territorial, pois as famílias declararam não participar ou desconhecer o processo de territorialização. Alguns profissionais não participaram da territorialização, o que pode ser explicado pelo fato de trabalharem a pouco tempo nas unidades (Tabela 02).

⁴⁶ O PMAQ-AB avalia, valoriza e premia equipes e municípios, garantindo o aumento dos repasses de recursos financeiros e materiais com base no alcance de resultados da ESF (BRASIL, 2012).

Tabela 02 – Participação das famílias entrevistadas e profissionais de saúde no processo de territorialização

Nível de participação	Araçá I		Araçá II	
	Famílias	Profissionais	Famílias	Profissionais
Participaram	00	09	00	11
Não participaram	13	02	17	01
Não souberam/não responderam	27	00	31	00
TOTAL	40	11	48	12

Fonte: Jefferson Fernandes (2018)

Apesar de não deixar explícita a participação das famílias no processo de territorialização (o que pode ser considerada uma falha operacional), a PNAB destaca a participação popular como princípio básico para a organização da ESF.

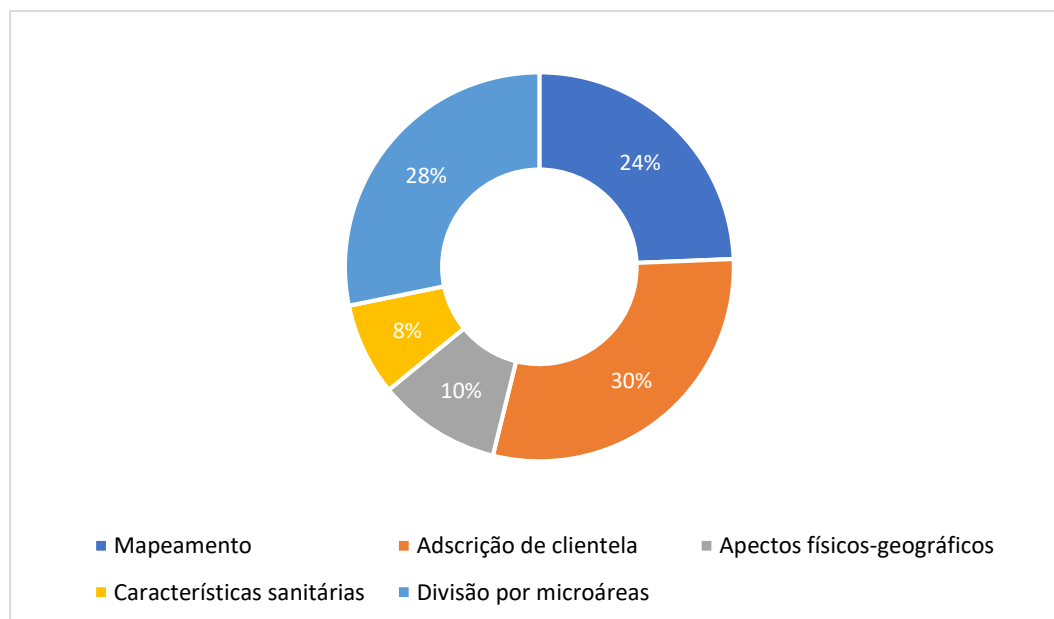
Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado a sua saúde e das pessoas e coletividades no território, no enfrentamento de determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício de controle social (BRASIL, 2012, p. 22)

A não participação dos usuários pode resultar no desconhecimento da história de vida da comunidade, fator essencial para a coordenação do cuidado à saúde. Reconhecer o território da saúde produzido pelos sujeitos na sua interação com o lugar geográfico e os serviços de saúde, na perspectiva aqui apresentada, é um aspecto fundamental para o trabalho da ESF

Na territorialização da atenção básica, alguns recursos podem ser utilizados para auxiliar no processo de delimitação das áreas. Unglert (1990) apud Pires (2007) aponta algumas pistas metodológicas que não se baseiam somente nos critérios tradicionais (demográficos e divisões administrativas formais), como aglomerados estabelecidos pela própria população, barreiras geográficas, fluxo espontâneo da população em relação aos serviços de saúde e características sociais dos grupos populacionais.

Questionados sobre quais recursos foram utilizados no processo de territorialização as equipes de saúde das UBS Araçá I e II destacaram principalmente o mapeamento, a contagem de pessoas/famílias e organização de suas microáreas (Gráfico 01). A metodologia empregada pelas equipes de saúde das UBS Araçá I e II para o estabelecimento das suas bases territoriais está voltada, sobretudo, para a definição de áreas com base na contagem de pessoas e famílias e na estruturação do território de abrangência por meio da definição das microáreas. O critério populacional é, portanto, o principal fator da territorialização, sendo os ACS os principais agentes políticos deste processo, atuando como “informantes-chaves” do SUS.

Gráfico 01 – Recursos utilizados no processo de territorialização, segundo os profissionais de saúde



Fonte: Jefferson Fernandes (2018)

As informações coletadas pelos ACS durante as visitas domiciliares são consideradas estratégicas para a solução de situações-problemas. As equipes de Saúde da Família devem assim “manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise de situação de saúde [...]” (BRASIL, 2012, 43).

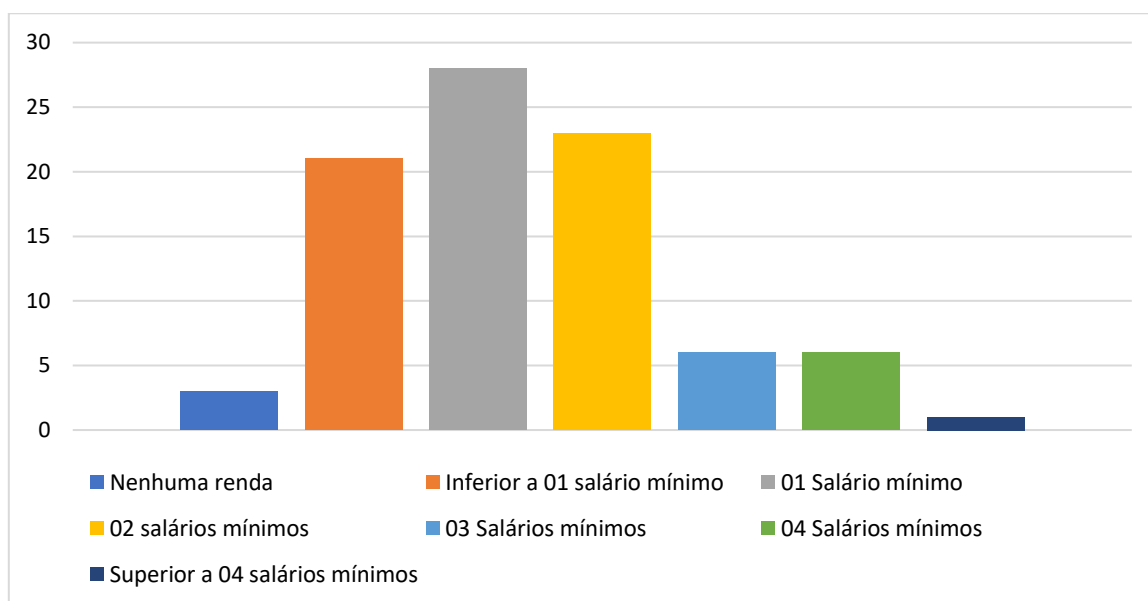
A base de dados da ESF é direcionada e armazenada no SISAB, um dispositivo do Ministério da Saúde para o controle da aplicação de recursos no setor. Aranha (2010), todavia, alerta que este sistema informacional muitas vezes produz realidades não vividas pela comunidade, criando um ambiente de “normas” que são contrárias às “formas” do território.

As condições de vulnerabilidade social e sanitária do território são, neste caso, identificadas pelas equipes de Saúde da Família que trabalham as informações juntamente com a gestão municipal de saúde e demais setores da administração pública. É o caso do Programa Saúde na Escola (PSE), que conta com o acompanhamento da equipe de saúde bucal e atividades de educação em saúde voltadas para a alimentação saudável nas escolas do bairro Araçá. Esta intersectorialidade evidencia a multiterritorialidade (HASBAERT, 2004) da ESF na interação com outros territórios já consolidados, buscando assim a promoção e proteção à saúde da população. Não por acaso todos os profissionais da ESF devem participar do processo de territorialização, pois o compartilhamento e a participação (inclusive da comunidade) auxilia na identificação de parceiros e recursos para potencializar as ações em saúde na comunidade

(PIRES, 2007).

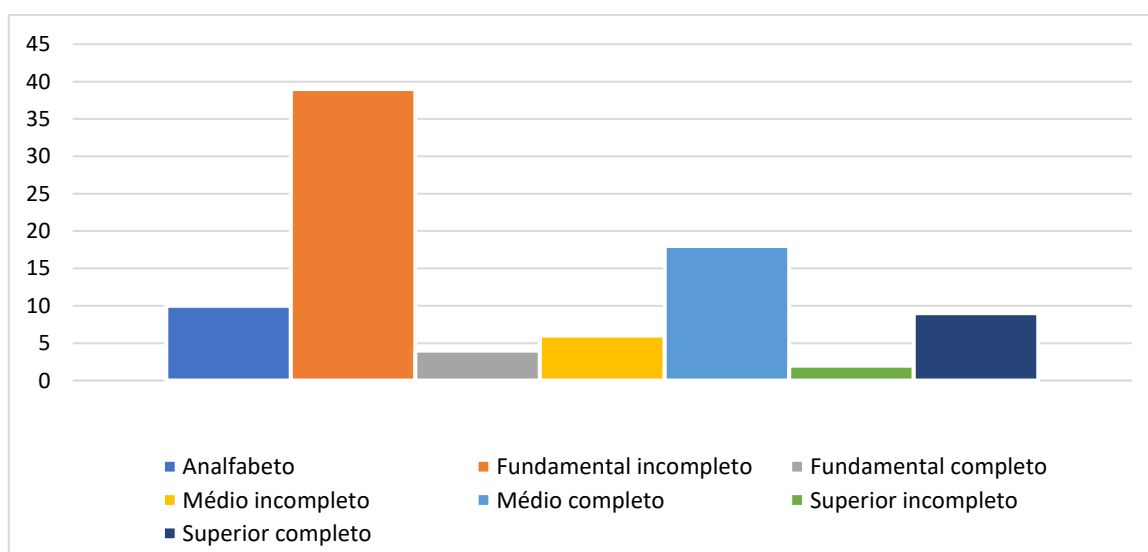
A pesquisa apontou que maioria das famílias do bairro Araçá encontram-se em situação de vulnerabilidade social, expressas nas condições de renda e escolaridade (Gráficos 02 e 03), situação que se agrava ao considerarmos o número médio de pessoas por família: 06 pessoas/família (12%), 05 pessoas/família (33%) 04 pessoas/família (42%), 03 pessoas/família (8%), 02 pessoas/família (3%), 01 pessoa/família (1%) outros (1%)⁴⁷.

Gráfico 02 – Renda familiar dos participantes da pesquisa



Fonte: Jefferson Fernandes (2018)

Gráfico 03 – Escolaridade dos participantes da pesquisa



Fonte: Jefferson Fernandes (2018)

⁴⁷ Segundo o IBGE entre os censos de 2000 e 2010 o número médio de pessoas por domicílio é reduziu de 3,74 para 3,34.

Através do acompanhamento dos ACS nas residências de todos os indivíduos e famílias em suas microáreas, os profissionais e gestores de saúde definem o delineamento territorial da ESF, bem como dispõem de elementos para auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência.

Dito isto, surge, então, a questão sobre até que ponto as ações de territorialização conseguem acompanhar as sinuosidades dos territórios e como os usuários e profissionais interagem na construção desta política de saúde.

4.4 O território da ESF: das propostas às (in)compatibilidades

Em todos os territórios da saúde existem similaridades e contradições (SILVEIRA, 2013) e na ESF este fato ganha uma conotação especial. Isto porque a atenção básica é a porta de entrada principal dos usuários no sistema nacional de saúde, exigindo uma precisa demarcação territorial para a gestão dos serviços.

É importante ressaltar que o que norteia o presente estudo não é a contraposição, isto é, negligenciar as conquistas resultantes das ações do SUS na promoção e proteção da saúde da população por meio de uma estratégia que considere a família como unidade principal de atenção. O que se questiona aqui é o desencadeamento do processo, ou seja, a prática territorializadora.

A territorialização, como proposta teórica, carrega um sentido voltado, sobretudo, para o reconhecimento do território em seus contextos de uso pelos atores sociais nele inseridos, como bem destacou Monken et al (2008, p. 143):

Uma territorialização ampla em que este processo seja o método de obtenção e de análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações; um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas.

Muito se avançou nos últimos anos em termos de flexibilização da oferta de serviços de saúde, como é o caso das equipes de Saúde da Família para o atendimento da população ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato Grossense e as equipes de Consultório de Rua (BRASIL, 2012). As Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) e as equipes itinerantes que atendem moradores de rua são exemplos de adaptação dos serviços aos perfis do território.

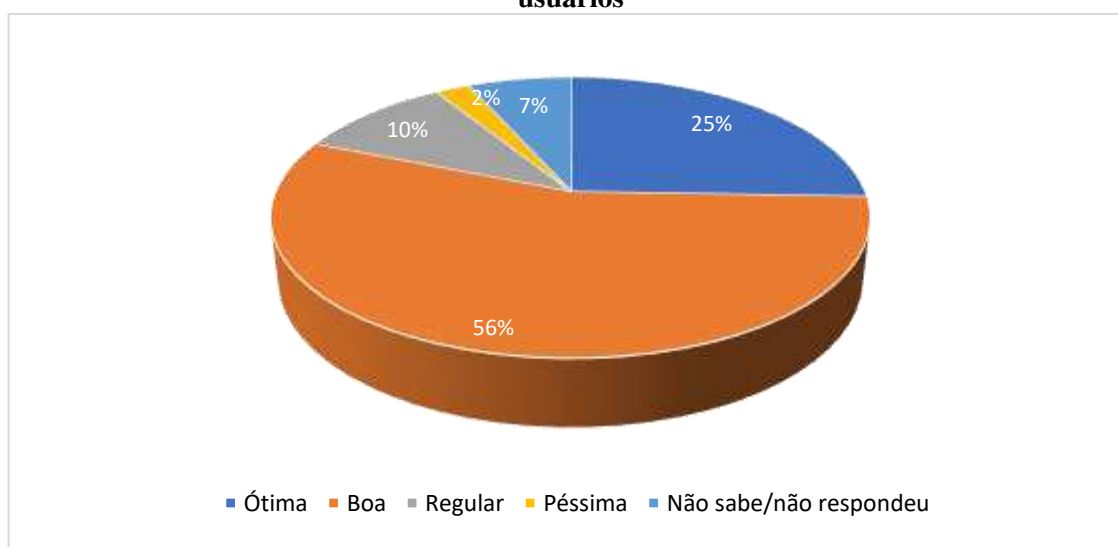
A territorialidade, caracterizada pela sensação de pertencimento dos indivíduos no território, é um elemento essencial para a compreensão das relações estabelecidas entre os usuários, os profissionais e os serviços de saúde. Ao indagar às famílias participantes da pesquisa sobre a sua afetividade com o lugar geográfico, a maioria (79%) declararam satisfação

em residir no bairro Araçá, destacando-se alguns fatores como sentimento e participação na história de construção do lugar e por considerarem o modo de vida em uma pequena cidade como sendo “tranquilo”. Por outro lado, uma parte dos entrevistados (17%) apontaram como fatores negativos a pouca oportunidade de emprego, dificuldades na estrutura educacional e de saúde de maior densidade tecnológica na cidade, manifestando assim desejo de mudar-se da localidade⁴⁸.

Quanto à localização espacial das UBS, as famílias demonstraram satisfação levando em conta o fator proximidade, necessitando de pouco tempo (deslocando-se a pé) até a unidade de saúde. Desta forma, a ESF com UBS instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, vivem e estudam desempenham um papel fundamental na garantia do acesso aos serviços com qualidade (BRASIL, 2012). Além disso, o compartilhamento de usuários de diferentes territórios ocorre constantemente, posto que a maioria das famílias declararam frequentar, por vezes, outras UBS, apesar da sua inscrição territorial a uma unidade específica. Alguns destacaram o desejo de pertencer a outra UBS, e os principais fatores foram a proximidade, a infraestrutura e o atendimento das equipes de saúde.

Outro elemento importante sobre a operacionalização da ESF é a relação entre a comunidade e os profissionais de saúde no território. A pesquisa apontou que os usuários reconhecem a ESF em seus propósitos, que, conforme recomendações do Ministério da Saúde, estão voltados para a humanização do cuidado à saúde. Com efeito, as equipes de atenção básica também destacaram uma boa relação com a população sob sua responsabilidade.

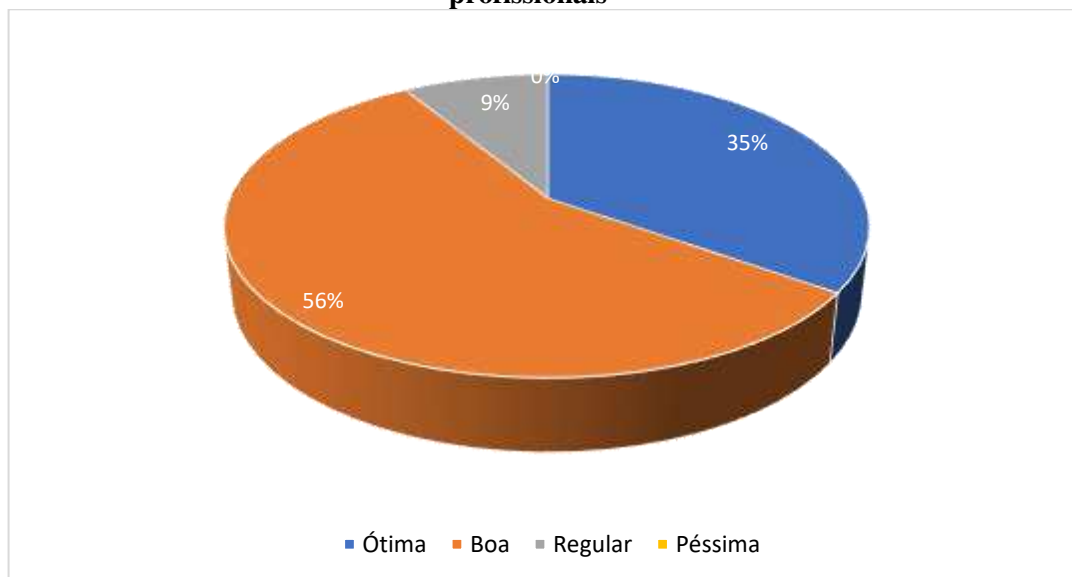
Gráfico 04 – Relação da comunidade com a Equipe de Saúde da Família, na visão dos usuários



Fonte: Jefferson Fernandes (2018)

⁴⁸ Outros 4% não souberam ou não responderam.

Gráfico 05 – Relação da comunidade com a Equipe de Saúde da Família, na visão dos profissionais



Fonte: Jefferson Fernandes (2018)

Não obstante aos avanços da ESF em sua relação com a comunidade e na melhoria nas condições de vida no território, em termos de planejamento, não raro, há uma forte tendência a burocratização. Assim sendo, a reflexão sobre os métodos de planejamento dos serviços de saúde se faz importante.

Os sentidos da territorialização da ESF apontam para uma prática descendente de planejamento e concepção do território, com a centralização das decisões políticas nas mãos dos gestores de saúde. A este respeito, Faria (2013, p. 11) considera que:

Em geral a territorialização está associada ao cadastramento, à adscrição de clientela. Portanto, o ponto de partida para o desencadeamento da territorialização, especificamente neste caso, é o próprio serviço conforme sua capacidade de oferta. Então, o território da equipe, seus limites, vem depois. “Serviço-oferta-território” é uma tríade explicativa para essa prática de territorialização.

A demarcação geográfica, nestes termos, antecede o conhecimento do território, que sempre está condicionado a uma perspectiva numérica. Segundo Barcelos e Pereira (2006), a exclusiva alusão à contagem de pessoas limita a eficácia das ações em saúde. Para os autores, é preciso partir do território, da sua tipificação e da adaptação às suas necessidades.

O território da Saúde da Família é delimitado e o seu mapeamento é um importante meio de operacionalização administrativa. No entanto, a cartografia vem sendo subutilizada pelos gestores municipais apenas como dados quantitativos. A produção do mapeamento da ESF em Aurora resultou de uma exigência normativa do Ministério da Saúde, cabendo a penalidade de exclusão do município na ESF em caso de negligência.

Há uma forte tendência de demarcação dos serviços de atenção básica de forma a obedecer minimamente aos arruamentos e limites políticos-administrativos, que nem sempre são os mais indicados, como bem apontou um estudo prático feito por Aranha (2010). Além disso, a não participação de todos os atores sociais envolvidos na ESF, fator evidenciado na presente pesquisa, pode produzir um recorte espacial não adequado a realidade vivida e praticada no território. A vontade de alguns usuários de estarem inscritos territorialmente a outras UBS (apesar de as frequentarem livremente) no município de Aurora evidencia esta questão.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse da Geografia pelo tema saúde percorreu diferentes momentos ao longo do tempo, acompanhando o processo de transformação econômica e política observados no meio social e científico. A Geografia Médica caracterizou-se como um campo do conhecimento dedicado ao estudo das doenças em seu aspecto físico e biológico, com uma abordagem descritiva dos fenômenos fortemente atrelada ao método positivista. Já a Geografia da Saúde, que surge num contexto de renovação epistemológica da ciência geográfica nos anos 1970, discute o processo saúde-doença sob a perspectiva das relações sociais historicamente construídas, sendo a saúde resultante das condições de vida das populações humanas.

Esta nova subárea da Geografia apoia-se, principalmente, nos conceitos de espaço e território como referencial de análise em saúde. Assim, o espaço, na acepção oferecida por Santos (2012) como sistemas de objetos e de ações, é tido como o mais apropriado para o estudo da complexidade inerente aos processos socioespaciais e suas relações com a saúde e a doença. O território, por sua vez, apresenta-se como uma categoria essencial para a organização dos serviços de saúde em um sistema estruturado em princípios como a universalidade, a equidade e a integralidade das ações preventivas, promocionais e de reabilitação em saúde.

Considerando a evolução dos meios geográficos, apresentamos algumas imbricações existentes entre a saúde e o período histórico atual, que, segundo Santos (2012), constitui-se em um meio técnico-científico-informacional. Neste meio geográfico, a globalização e as técnicas da informação dão novas configurações aos processos de adoecimento, cura e morte no espaço geográfico mundial, marcado por profundas desigualdades no acesso aos equipamentos de saúde.

Percorremos a evolução das políticas de saúde no Brasil, apresentando os principais marcos históricos no tratamento dado pelo Estado às questões de saúde da população. A saúde,

por muito tempo, esteve condicionada ao sistema previdenciário, com um modelo médico-assistencialista voltado para a lucratividade dos grupos hegemônicos que controlavam as políticas de Estado.

É somente nas últimas décadas do século XX, em meio a um cenário de fortes contestações sociais pelo direito a saúde, que é instituído o SUS, um dos maiores sistemas de saúde do mundo a prestar assistência de forma universal e gratuita.

Em que pese o fato do SUS ser um dos principais instrumentos de inclusão social no Brasil, suas normas formam um complexo jogo de interesse e envolvem diversos vários agentes políticos na edificação de um sistema de saúde nacional. O SUS é um sistema em permanente construção, e a sua consolidação requer uma ampla mobilização da sociedade civil.

A atenção básica é entendida como o nível assistencial do SUS de maior resolubilidade no cuidado à saúde da população, sendo a Saúde da Família a sua política prioritária. A ESF foi responsável por reorientar o modelo de saúde centrado na figura do médico e do hospital que predominou durante muitos anos, com ações realizadas na comunidade por meio de uma equipe de profissionais em uma determinada UBS que tem na família o seu objeto principal de intervenção.

Os serviços de saúde em Aurora-CE estão dispostos conforme a capacidade técnica e administrativa de um município de pequeno porte, alinhado às premissas do SUS que garantem a oferta de procedimentos de atenção básica na esfera municipal. Os serviços de maior densidade tecnológica e de alto custo estão organizados de forma regionalizada através de consórcios intermunicipais.

A ESF está assentada sobre um território-alvo, onde são desenvolvidas as ações previstas na PNAB. No entanto o método empregado na definição deste território gera dúvidas e incertezas quanto a sua eficiência. O processo de territorialização carrega alguns impasses, estando geralmente reduzida à burocratização do setor saúde.

Um estudo realizado nas UBS Araçá I e II, no município de Aurora-CE, evidenciou que a territorialização da ESF foi feita sem a participação de todos os atores sociais nela envolvidos, contrapondo-se ao princípio da democratização do SUS, posto que as famílias não participaram e/ou desconhecem o processo de adscrição da comunidade e seu território.

A gestão municipal, atendendo a exigências normativas do Ministério da Saúde, realizou um mapeamento geotécnico dos territórios de atenção básica tendo como principal método a contagem de pessoas e famílias pelos ACS e a organização de suas microáreas. Os ACS são, portanto, os principais agentes da territorialização ao realizarem o cadastramento familiar por meio da “Ficha A”.

Nestas condições a ESF está limitada à capacidade de oferta dos serviços, expressos na proporção equipes de Saúde da Família/população adscrita. O estudo demonstrou que não houve a preocupação por parte dos profissionais de saúde e da gestão municipal em considerar as formas geográficas e a tipificação do território como elementos norteadores da territorialização, com uma forte centralização nas decisões políticas.

É necessário encararmos o processo de territorialização da ESF sob diversas formas, avaliando os impactos desta prática, pois, apesar dos avanços na alocação dos serviços de saúde cada vez mais próximos da comunidade e das mudanças nas condições de vida, a territorialização ainda se apresenta relativamente pragmática. Neste trabalho, buscou-se discutir acerca do motor provocador da territorialização, e os resultados apontaram para o serviço como elemento condicionador. Define-se uma população a priori, e o território, assim, vem depois.

A territorialização nestes moldes ganha seu sentido imediato, ou seja, definir os limites em uma linha traçada no mapa. Um encaminhamento metodológico, na perspectiva aqui apresentada, é a superação do reducionismo no planejamento territorial ao confrontar o território político-burocrático com o território efetivamente usado pelos sujeitos que o constituem e o transformam. Os profissionais e os gestores de saúde, submetidos a normas impostas por diferentes escalas de governo, devem ir além da execução das resoluções burocráticas do setor. A ESF, para atingir a eficácia das suas propostas, não pode perder de vista a valorização do lugar geográfico em que atua. A participação da comunidade no planejamento territorial em saúde garante uma melhor intervenção no nível local, pois estes são os agentes políticos que melhor podem auxiliar na consolidação da ESF no território por eles utilizados.

Inúmeras contribuições vêm sendo dadas ao processo de planejamento dos serviços de saúde no Brasil. Uma delas é a da Geografia e as discussões acerca da categoria território, entendida como a mais apropriada para o estudo da distribuição e localização das infraestruturas e equipamentos do setor de saúde. Assim, ao propormos a perspectiva geográfica esperamos contribuir e agregar propostas ao trabalho da ESF sobre o território. A perspectiva, desta forma, permite apontar modelos sem proscriver ou limitar os já existentes e os que estão porvir.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro; BUENO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, p. 783-830

ARANHA, Pablo Ruyz Madeira. **Do mundo como norma ao lugar como forma: o uso do território pela Estratégia da Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2010

AURORA. Prefeitura Municipal de Aurora. **Decreto nº 190801/2015 de 19 de junho de 2015**. Dispõe sobre Edital de Concurso Público nº 001/2015 para o cargo de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Aurora-CE, 2017

_____. Prefeitura Municipal de Aurora. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: 2014-2017**. Aurora-CE: SMS, 2014

_____. **Credenciamento das Equipes de Saúde da Família**. Aurora-CE: SMS, 2017

BARCELLOS, Cristovam. Elos entre a geografia e a epidemiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2000, v. 16, n. 13, p. 607-609

BARCELLOS, Cristovam. PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. O território no Programa Saúde da Família. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006

_____. Problemas emergentes da saúde coletiva e a revalorização do espaço geográfico. In: BACELLOS, Christovan (Org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. **As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais**. Rev. Esc. Enf. USP, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1986

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, set. 1990a

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de 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. Brasília, DF, dez. 1990b

_____. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições

Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF, set. 2000

_____. **Portaria GM/MS 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília, DF, fev. 2006

_____. **Decreto nº 7. 508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, jun. 2011

_____. **Lei Complementar nº 141, de 31 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF, jan. 2012a

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF, 2012b

BUSS, Paulo Marchiori. Globalização, pobreza e saúde. **Ciências Sociais e Saúde Coletiva**, v.12, n.6, p.1575-1589, dez. 2007

CAMARGO JÚNIOR, Wagner V. P. Os sintomas do território usado: a saúde em Campinas. In: SOUZA, Maria Adélia Aparecida de. (Org). **Território brasileiro: usos e abusos.** Campinas: Edições Territorial, 2003, p. 583-594

CASTRO, Josué de. **Geografia da fome, o dilema brasileiro: pão ou aço.** Rio de Janeiro: Edições Antares, 1984

CEARÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Revisão do Plano Diretor de Regionalização das Ações e Serviços de Saúde.** Fortaleza: SES/CE, 2014. Disponível em <<http://www.saude.ce.gov.br>> Acesso 15 de dezembro de 2017

CORRÊA, Roberto Lobato. Espaço, um conceito-chave da geografia. In: CASTRO, Iná Elias; GOMES, Paulo César da Costa. & CORRÊA, Roberto Lobato. (Orgs.) **Geografia: conceitos e temas.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995

_____. Os centros de gestão do território: uma nota. **Revista Território**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 23-30, 1996

FARIA, Rivaldo Mauro de; BORTOLOZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil. **Espaço Geográfico em Análise.** São Paulo, 2009

_____. A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços ao perfis do território. **Rev. Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. v. 9. n. 16, p. 131-147, 2013.

GOMES, Elaine Christine de Souza. **Conceitos e ferramentas da epidemiologia**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2015

GONDIM, Grácia Maria de Miranda. O território da saúde: a organização do sistema único de saúde e a territorialização. In: BARCELLOS, Christovan (Org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 238-253

GUIMARÃES, Raul Borges. Saúde urbana: velho tema e novas questões. **Terra Livre**, São Paulo, n. 17, p. 155-170, 2001

_____. **Saúde: fundamentos de geografia humana**. São Paulo: Editora UNESP, 2015

HAESBAERT, Rogério. **O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://bit.ly/1IgZcxk>> Acesso em 28 de janeiro de 2018

_____. **Estimativas populacionais para o ano de 2017**. <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/aurora/panorama>> Acesso em 03 de fevereiro de 2017

JUNQUEIRA, Renata Dias. Geografia Médica e Geografia da Saúde. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. Uberlândia, v 1. p .57-91, 2009

LA BLACHE, Paul Vidal de. Os gêneros de vida na geografia humana – primeiro artigo. In: HAESBAERT, R., PEREIRA, S.N. e RIBEIRO, G. **Vidal, Vidais: textos de geografia humana, regional e política**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, (1911) 2012, p. 131-158

LACOSTE, Yves. **A geografia serve, antes de mais nada, para fazer a guerra**. Lisboa: Iniciativas Editoriais, 1977

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distritos sanitários: processo social de mudança nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, Abrasco 1993

MERCADANTE, Otávio Azevedo. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: JACOBO, Filkelman (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002, p. 236-311

MONKEM, Maurício. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: BARCELLOS, Christovan (Org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 22-39

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia e Saúde**. 6. Ed. Rio de Janeiro: Medsi Editora e Científica Ltda, 2003

_____. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. [Londres], p. 11-31, maio 2011. Edição Especial Saúde no Brasil, 1. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_822103381.pdf>. Acesso em 26 de novembro de 2017

PARAGUASSU-CHAVES, Carlos Alberto. Fundamentos teórico-metodológicos: geografia e saúde. In: _____. **Geografia Médica ou da Saúde: espaço e doença na Amazônia Ocidental**. Porto-Velho: EDUFRO, 2001, p. 33-103

PEITER, Paulo Cesar. **A Geografia da saúde na faixa de fronteira continental do Brasil na passagem do milênio**. Tese (Doutorado em Geografia) Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005

PESSÔA, Samuel Barnsley. **Ensaio médico-sociais**. 2. ed. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1978

PIRES, Cynthia. Andreia Antão. **Estratégia de Saúde da Família na cidade de Teófilo Otoni-MG: perspectivas geográficas de uma rede de saúde no espaço intra-urbano**. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007

POLIGANO, Marcos Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Disponível em: <www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo23p.pdf> Acesso em 05 de dezembro de 2017

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993

RATZEL, Friedrich. O homem e o ambiente. In: MORAES, Antônio Carlos Robert. (Org.). **Ratzel: geografia**. São Paulo: Ática, 1990, p.54-72.

ROJAS, Luiza Iñiguez. Geografia y salud: entre historias, realidades y utopias. **Caderno Prudentino de Geografia**, Presidente Prudente, n. 25, p. 9-28, 2003

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: espaço e tempo, razão e emoção**. 4ª ed. São Paulo: Edusp, 2012

_____. **Espaço e método**. São Paulo: Nobel, 1985

_____. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2001

_____. SILVA, Maria Laura. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. Milton Santos e Maria Laura Silveira. Rio de Janeiro: Record, 2001

SAQUET, Marcos Aurélio. **Abordagens e concepções sobre o território**. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

SILVA, Luis Jacinto. Organização do espaço e doença. In: CARVALHEIRO, José da Rocha (Org.). **Textos de apoio em epidemiologia I**. 2. ed. Rio de Janeiro, v. 1, p. 159-185, 1985

SILVEIRA, Iara Maria Soares Costa. **O processo de territorialização da Estratégia Saúde da Família no Bairro de Morrinhos-Montes Claros/MG: uma contribuição geográfica.** Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, 2013

SORRE, Maximilien. Fundamentos da geografia humana. In: MEGALE, Januário Francisco (Org.). **Max Sorre: Geografia.** (Tradução de Januário Francisco Megale, Maria Cecília França e Moacyr Marques). São Paulo: Ática, 1984

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Rev. Saúde e Sociedade.** v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010

SOUZA, Marcelo José Lopes de. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, Iná Elias et al. **Geografia: conceitos e temas.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995. p. 77-116

SOUZA, Maria Adélia Aparecida de. Introdução. In: _____. (Org). **Território brasileiro: usos e abusos.** Campinas: Edições Territorial, 2003a, p. 17-26

_____. O uso do território e saúde: refletindo sobre “municípios saudáveis”. In: SPRANDIO, Ana Maria Giroti. **O processo de construção de rede de municípios potencialmente saudáveis.** Campinas: IPES editorial, 2003b, p. 57-92

SUERTEGARAY, Dirce Maria Antunes. Notas sobre epistemologia da geografia. **Cadernos Geográficos.** Florianópolis, nº 12, mai. 2005

VASCONCELOS, Cipriano Maia; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, p. 531-562

APÊNDICE - Roteiro de Entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
 CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
 UNIDADE ACADÊMICA DE GEOGRAFIA
 CURSO DE LICENCIATURA EM GEOGRAFIA
 MONOGRAFIA: TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA
 CIDADE DE AURORA-CE: uma perspectiva de análise geográfica
 AUTOR: Jefferson Santos Fernandes

ROTEIRO DE ENTREVISTA – USUÁRIO

1 – DADOS PESSOAIS

Nome: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Tempo de moradia neste endereço: _____ Profissão/ocupação: _____

Nº de pessoas na família: _____ Escolaridade: _____

Renda familiar: _____ UBS/ESF: _____

2 – EM RELAÇÃO AO PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO

2.1 Você tomou conhecimento do processo de territorialização em saúde realizado pela sua Unidade Básica de Saúde?

Sim Não Não sabe/não respondeu

2.1.1 Você participou do processo de territorialização em saúde realizado em sua comunidade?

Sim Não Não sabe/não respondeu

2.1.2 Em caso de resposta afirmativa, como você participou?

3 – EM RELAÇÃO A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E O TERRITÓRIO ADSCRITO

3.1 Quanto tempo leva da sua casa até a Unidade Básica de Saúde?

_____ (Tempo em minutos)

3.2 Com que frequência você utiliza os serviços da Unidade Básica de Saúde em sua comunidade?

Sempre Às vezes Raramente Nunca Não sabe/não respondeu

3.2.1 Você já utilizou e/ou utiliza serviços de outra Unidade Básica de Saúde?

Sim Não Não sabe/não respondeu

3.3 Você possui plano de saúde individual/familiar?

Sim Não Não sabe/não respondeu

3.4 Como você avalia o trabalho da Equipe de Saúde da Família?

Ótimo Bom Regular Ruim Não sabe/não respondeu

3.5 Com que frequência o Agente Comunitário de Saúde visita a sua residência?

Todos os meses Sempre que necessário (membro(s) do grupo familiar necessitam de atenção contínua) Raramente Nunca Não sabe/não respondeu

3.6 Você já foi convidado pela Equipe de Saúde da Família para participar de reuniões e/ou palestras comunitárias para orientação sobre os cuidados com a saúde?

Sim Não Não sabe/não respondeu

3.7 Na sua opinião, este é um bom lugar para morar?

Sim Não Não sabe/não respondeu

Justifique sua resposta

3.8 Você mudaria para outra localidade (rua, bairro, município, estado)?

Sim Não Não sabe/não respondeu

Justifique sua resposta



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE GEOGRAFIA
CURSO DE LICENCIATURA EM GEOGRAFIA
MONOGRAFIA: TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA
CIDADE DE AURORA-CÉ: uma perspectiva de análise geográfica
AUTOR: Jefferson Santos Fernandes

ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1 – DADOS PESSOAIS

Nome: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Escolaridade: _____ UBS/ESF: _____

Tempo de trabalho nesta UBS/ESF: _____ Profissão/Ocupação: _____

2 - EM RELAÇÃO AO PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO

2.1 Você participou do processo de territorialização da sua Unidade Básica de Saúde?

Sim Não Não sabe/não respondeu

2.1.1 Em caso de resposta afirmativa, como você participou?

2.2 A Equipe de Saúde da Família foi informada do processo de territorialização em saúde?

Sim Não Não sabe/não respondeu

2.2.1 Em caso de resposta afirmativa, como a equipe foi informada?

2.3 Você sabe quais recursos foram utilizados no processo de territorialização?

Mapeamento Contagem de pessoas Aspectos físicos-geográficos Características sanitárias
 Divisão da área de abrangência em microáreas Não sabe/não respondeu

2.4 A comunidade foi convidada para participar do processo de territorialização?

Sim Não Não sabe/não respondeu

2.4.1 Em caso de resposta afirmativa, como a comunidade participou?

3 – EM RELAÇÃO A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E O TERRITÓRIO ADSCRITO

3.1 Com que frequência a equipe recebe usuários de outros territórios?

Sempre Às vezes Raramente Nunca Não sabe/não respondeu

3.2 Quais os serviços mais procurados pelos usuários na Unidade Básica de Saúde?

Consultas agendadas Consultas não agendadas Atendimento de urgência Vacinação

Atendimento odontológico Outros (Quais?) _____

3.3 Como você considera a relação da comunidade com a Equipe de Saúde da Família?

Ótima Boa Regular Ruim Não sabe/não respondeu

3.4 Quais dos problemas abaixo estão presentes na Unidade Básica de Saúde em que você trabalha?

Estrutura física não adequada Falta de medicamentos Alta demanda de serviços Perfil epidemiológico da população adstrita Deficiências na educação em saúde Grande extensão territorial Outros (Quais?) _____



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE GEOGRAFIA
CURSO DE LICENCIATURA EM GEOGRAFIA
MONOGRAFIA: TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA
CIDADE DE AURORA-CE: uma perspectiva de análise geográfica
AUTOR: Jefferson Santos Fernandes

ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

1 – DADOS PESSOAIS

Nome: _____ Idade: _____
 Departamento: _____ Cargo: _____

2 – EM RELAÇÃO AO PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO

2.1 Como foi realizada a territorialização da ESF no município de Aurora-CE?

2.2 As comunidades foram convidadas para participar do processo de territorialização da ESF?

Sim Não Não sabe/não respondeu

2.2.1 Justifique sua resposta

2.3 Você considera a atual territorialização suficiente para a consolidação da ESF no município?

Sim Não Não sabe/não respondeu

2.4 Além da Secretaria Municipal de Saúde outras instituições participaram do processo de territorialização da ESF?

Sim Não Não sabe/não respondeu

2.4.1 Em caso de resposta afirmativa, qual(is)?

2.5 Quais os recursos utilizados no processo de territorialização da ESF?

Mapeamento Contagem de pessoas Aspectos físicos-geográficos Aspectos Sanitários

Divisão da área de abrangência em microáreas Não sabe/não respondeu

2.6 Como a territorialização da ESF tem contribuído para o planejamento da atenção básica no município?

3 – CONSIDERAÇÕES

ANEXO I – Termo de Anuência Institucional**TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL**

Eu, Cícera Monalisa Holanda Teles de Queiroz, Secretária Municipal de Saúde do Município de Aurora-CE, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: "TERRITORIZALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE DE AURORA-CE: UMA PERSPECTIVA DE ANÁLISE GEOGRÁFICA, que será realizada no período de fevereiro/2018 a março/2018, tendo como pesquisador **Jefferson Santos Fernandes**.

Aurora-CE, 31 de janeiro de 2018.

Atenciosamente

Cícera Monalisa Holanda Teles de Queiroz
Secretária Municipal de Saúde - Aurora-Ceará

ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE**BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS**

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE DE AURORA-CE: UMA PERSPECTIVA DE ANÁLISE GEOGRÁFICA e está sendo desenvolvida por **Jefferson Santos Fernandes** do Curso de Licenciatura em Geografia da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação do **Prof. Dr. Santiago Andrade Vasconcelos**.

O objetivo do estudo é investigar o processo de definição das áreas de atuação da Estratégia Saúde da Família. A finalidade deste trabalho é contribuir para que esta política de saúde se adeque cada vez mais aos perfis da comunidade e seu território, prestando assim uma assistência em saúde com maior qualidade.

Solicitamos a sua colaboração para responder um questionário envolvendo importantes questões sobre o assunto, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos das áreas de Saúde e Geografia, bem como publicações em revista acadêmica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que as informações pelo(a) Senhor(a) disponibilizado serão utilizadas como base de dados para o estabelecimento de críticas e/ou sugestões nos resultados finais da pesquisa. No entanto sua identificação não será individualizada, primando pelo anonimato e sigilo. Com tais medidas, prevenimos desconforto por qualquer exposição.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) Senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do pesquisador responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Aurora-CE, ____ de _____ de _____

Impressão dactiloscópica

Assinatura do(a) participante ou responsável legal

Contato com os pesquisadores responsáveis:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para os pesquisadores Jefferson Santos Fernandes e Santiago Andrade Vasconcelos, telefone: (83) 3532-2200 ou entre em contato direto na Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n – Casas Populares – CEP 58900-000 – Cajazeiras-PB, Ambiente dos Professores, sala 17.

e-SUS Atenção Básica	CADASTRO INDIVIDUAL			DIGITADO POR:	DATA:
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	MICROÁREA	DATA:*	
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO		RESPONSÁVEL FAMILIAR			
Nº DO CARTÃO SUS		É o responsável? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		Nº DO CARTÃO SUS	
				DATA DE NASCIMENTO:	
NOME COMPLETO:*					
NOME SOCIAL:				DATA DE NASCIMENTO:*	
SEXO:*		RAÇA / COR:*		Nº NIS (PIS/PASEP):	
<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino		<input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena			
NOME COMPLETO DA MÃE:*					
<input type="checkbox"/> Desconhecido					
NACIONALIDADE:*		PAÍS DE NASCIMENTO:		TELEFONE CELULAR: ()	
<input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro					
MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**				E-MAIL:	
INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS					
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR				OCUPAÇÃO	
<input type="radio"/> Cônjuge / Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Enteado(a) <input type="radio"/> Neto(a) / Bisneto(a) <input type="radio"/> Pai / Mãe <input type="radio"/> Sogro(a)					
<input type="radio"/> Irmão / Irmã <input type="radio"/> Genro / Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente					
FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?*				SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				<input type="radio"/> Empregador	
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?				<input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho	
<input type="radio"/> Creche				<input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho	
<input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA)				<input type="radio"/> Autônomo com previdência social	
<input type="radio"/> Classe Alfabetizada - CA				<input type="radio"/> Autônomo sem previdência social	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries				<input type="radio"/> Aposentado/Pensionista	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries				<input type="radio"/> Desempregado	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo				<input type="radio"/> Não trabalha	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial				<input type="radio"/> Outro	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)					
<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 9ª)					
<input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc)					
<input type="radio"/> Ensino Médio Especial					
<input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo)					
<input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado					
<input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Móbil, etc)					
<input type="radio"/> Nenhum					
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="radio"/> Adulto Responsável <input type="radio"/> Outra(s) Criança(s) <input type="radio"/> Adolescente <input type="radio"/> Sozinha <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Outro					
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, QUAL?			
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO?			TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SE SIM, QUAL?			SE SIM, QUAL(is)?		
<input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Lésbica <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Outro			<input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra		
<input type="radio"/> Gay <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Transsexual			<input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física		
SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO: <input type="radio"/> Óbito <input type="radio"/> Mudança de território					
TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA					
Eu, _____ portador do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará no não atendimento na unidade de saúde.					
Assinatura _____					