



## TERRITÓRIO PLATAFORMA DA VIDA E DO TRABALHO VIVO EM SAÚDE: DIAGNÓSTICO DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DA ÁREA DE COBERTURA DO PSF DE JIQUIÁ, RECIFE -PE

Mauricéa Maria de Santana <sup>1</sup>; Fabiana Damo Bernard Duarte <sup>2</sup>; Hildalina Maria Medeiros Vilela<sup>3</sup>; Janice Lemos de Araújo Silva<sup>4</sup>; Natália Pereira Monteiro<sup>5</sup>

Este trabalho é um produto parcial da residência Multidisciplinar em Saúde da Família da UFPE.

### RESUMO

**Introdução:** A Estratégia de Saúde da Família (ESF) trabalha com o território de abrangência delimitado, requerendo conhecimento da área, compreensão da dinâmica populacional e do processo de produção saúde-doença como resultante de interação multifatorial, sendo a construção de mapas um caminho para diagnosticar a área de atuação. Este trabalho faz parte do processo de territorialização, na etapa de inserção da Residência Multidisciplinar em Saúde da Família na Unidade de Saúde da Família (USF) Jiquiá, em Recife - PE **Objetivo:** Realizar diagnóstico sócio sanitário, caracterizando a área quanto à espacialização, às estruturas "fixas" (estruturas naturais) e às estruturas móveis/fluxos (limites de micro-área, riscos ambientais, condições referidas do ciclo vital, morbidades referidas, eventos sentinela, potencialidades da área e monitoramento das visitas domiciliares da USF. **Metodologia:** Iniciada a atualização dos croquis das áreas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), fez-se a plotagem dos croquis e transferência do desenho para uma folha de "emborrachado"; após a conclusão do desenho da estrutura fixa, iniciou-se a plotagem das estruturas móveis/fluxos com base nas fichas A do SIAB. **Resultados:** O mapa aponta as diferenças de condições de vida e saúde no território de cobertura da USF, importantes para organização do processo de trabalho da Unidade, eleição de prioridades e monitoramento do processo de trabalho. **Considerações finais:** A ferramenta criada possibilitou uma visão diferenciada do território, permitindo melhor planejamento das ações locais de saúde, monitoramento das visitas da equipe e gerando um instrumento de controle social.

**Palavras-chave:** Território, diagnóstico de área; mapa; Estratégia de Saúde da Família.

### ABSTRACT

**Introduction:** The Family Health Strategy (FHS) works with the restricted geographic jurisdiction, requiring specific knowledge, populational dynamic understanding and health and illness' production process as multifactorial interaction, being a map's construction a way to diagnose the specific area. This work is part of the process of territorialization, based on the insertion of the Multidisciplinary Residency in Family Health at Family Health Unit (FHU) Jiquiá in Recife - PE **Objective:** Perform Social-Sanitary health, featuring the area based in the spatial distribution, in the "fixed" (natural) structures and mobile structures / flows (micro-area's limits, environmental risks, life cycle's conditions, morbidity, sentinel events, area potentials and USF home visits monitoring. **Methodology:** Started the update sketches of the Community Health Agents (CHA) areas, a plot was made of the transfer of design sketches to a "rubber" sheet, after completion of the fixed structure's design, a plot was done in the mobile structures / flows based on the A card of SIAB. **Results:** map shows the differences in live and health conditions in the USF territory, important for the Unit's work process organization, poll of priorities and monitoring of the work's process. **Final thoughts:** the tool created provided a different territory's perspective, allowing better local health activities' planning, staff's visits monitoring and bringing forth an instrument of social control.

<sup>1</sup> Enfermeira Sanitarista, Mestranda do Mestrado Profissional em Saúde Pública – CPqAM/FIOCRUZ-PE, Preceptora da RMSF/UFPE, Assessora Técnica/DS V/Secretaria de Saúde do Recife, maria.vida@ig.com.br

<sup>2</sup> Cirurgiã-dentista, Residente Multiprofissional em Saúde da Família da UFPE, [fabianabernart@hotmail.com](mailto:fabianabernart@hotmail.com)

<sup>3</sup> Cirurgiã-dentista, Residente Multiprofissional em Saúde da Família da UFPE, [hildalina@gmail.com](mailto:hildalina@gmail.com)

<sup>4</sup> Fonoaudióloga, Residente Multiprofissional em Saúde da Família da UFPE, [monteiro\\_natalia@yahoo.com.br](mailto:monteiro_natalia@yahoo.com.br)

<sup>5</sup> Assistente Social, Residente Multiprofissional de Saúde da Família da UFPE,



**Keywords:** Territory, area diagnosis, map, Family Health Strategy.

## INTRODUÇÃO

Na década de 80, com o advento da Nova Constituição e a 8ª Conferência em Saúde foi estabelecido a fundamentação e as diretrizes que definiram o Sistema Único de Saúde – SUS – havendo, assim, a reformulação da concepção acerca da saúde. A prática de saúde antes praticamente curativa, foca agora na prevenção, promoção e recuperação da saúde. Neste novo cenário surge o enfoque na atenção primária à saúde, a qual tem como princípios a integralidade, qualidade, equidade e participação social. A atenção básica no Brasil foi iniciada e é organizada pelo programa de Saúde da família (PSF), criado pelo Ministério da saúde em 1994, que, no contexto da política de saúde brasileira, deve contribuir para a construção e consolidação do SUS. Posteriormente esse programa passa a ser uma Estratégia de atuação pelo Ministério da Saúde.

ALVES (2005) relata que a estratégia de saúde da família segue o modelo de Vigilância da Saúde, baseado na integralidade da assistência em diferentes momentos do processo de saúde e doença. Para que esse modelo seja efetivo, deve haver uma compreensão do profissional de saúde em observar o indivíduo como um todo e não focar somente na doença, em lembrar que o usuário é um sujeito do processo e vive em um ambiente que o afeta direta e indiretamente.

Assim, profissionais da saúde desenvolvem suas atividades junto às famílias, nas comunidades, onde acontece o processo saúde-doença. Mas para se estabelecer metas, priorizar ciclos de vida e grupos de risco é preciso uma prévia investigação do território, tanto em aspectos quantitativos como qualitativos. Para realizar esse levantamento, é necessário fazer o diagnóstico sócio-sanitário da comunidade.

O principal objetivo da realização de um diagnóstico de situação da saúde de uma população é saber como vive, adocece e morre os indivíduos em determinados lugares e situações. É parte de um processo que envolve a reunião de informações para subsidiar as ações que serão desenvolvidas para melhorar a situação de saúde daquela população.



Segundo GONDIM e colaboradores (2009) há anos a categoria espaço<sup>6</sup> vem sendo utilizada com ênfase no campo da saúde, como uma abordagem fundamental para dar suporte ao conceito de risco, em função das múltiplas possibilidades que se tem em localizar e visualizar populações, objetos e fluxos, e de se espacializar a situação de saúde através da distribuição de indicadores socioeconômicos, sanitários e ambientais que revelam as condições de vida das pessoas em seu interior. Nesse sentido entra a lógica da USF trabalhar em uma área determinada, em um território adscrito com características populacionais semelhantes que facilitem as intervenções no campo da Saúde.

Para entender a importância do território na atenção básica, GONDIM e colaboradores (2009) trazem o conceito do território como também um espaço, porém singularizado: sempre tem limites que podem ser político-administrativos, ou de ação de um determinado grupo de atores sociais; internamente é relativamente homogêneo com uma identidade que vai depender da história de sua construção, e o mais importante: é portador de poder.

Assim, é vale destacar o processo de territorialização da área de abrangência das USF<sup>s</sup>. Consiste no reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico (MONKEN e BARCELLOS, 2005). Nesse território as pessoas se inter-relacionam e se relacionam com o meio onde vivem de forma que essas relações atuam nas condições de vida dessa população.

A rede territorial de conexões dessas interações humanas, ao se intensificar coletivamente, revela-se em fluxos, nos quais certa tipologia se institucionaliza, ditando regras, comportamentos e funções. Cabe ao espaço interagir e acolher usos característicos a esses fluxos e interações (MONKEN e BARCELLOS, 2005).

SANTOS (1996) nos trazem a ideia de que o espaço é o conjunto desses fluxos e fixos e representa uma forma de trabalho na representação social. Os elementos fixos, fixados em cada lugar, permitem ações que modificam o próprio lugar; fluxos novos ou renovados que recriam as condições ambientais e as

---

<sup>6</sup>“O espaço é entendido como um produto de um processo de relações reais que a sociedade estabelece com a natureza(...) O espaço é humano não porque o homem o habita, mas porque o produz”( CARLOS, 2002).



condições sociais, e redefinem cada lugar. Os fluxos seriam também resultados desses fixos.

Nas USF<sup>s</sup>, para desdobramento do território temos a Ficha A, ferramenta de diagnóstico das famílias cobertas pela Unidade, que gera dados para o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e traz de maneira genérica as condições socioeconômicas e de saúde. Sendo assim, não representa com maiores detalhes o território. Além da ficha A, pode-se dispor de outros instrumentos para se apropriar da realidade local. A utilização de mapas para registro de ruas, residências, equipamentos sociais, hidrografia e outros detalhes dos bairros cobertos pela equipe é procedimento recomendado como atribuição dos profissionais no momento da territorialização, e por vezes estes são confeccionados, porém, apesar de muito enriquecedores limitam-se a definir estruturas físicas, numa observação geográfica, sem um mapeamento social. A partir do conhecimento da relevância deste instrumento para a atuação na atenção primária, este trabalho propõe é fruto de trabalho de territorialização, que propõe-se aliar o mapeamento puramente cartográfico aos elementos sócio-sanitários que constituem o território-área, possibilitando a visualização mais detalhada dos fluxos e fixos e, assim, a compreensão do perfil epidemiológico da comunidade mapeada.

## METODOLOGIA

O trabalho foi desenvolvido na Unidade de Saúde da Família do Jiquiá, localizado no bairro da Estância, área do Distrito V da cidade de Recife, Pernambuco. Buscou uma representação da realidade da área de atuação do PSF, retratando as estruturas físicas e dinâmicas da comunidade, visto que os mapas cartográficos não reproduzem a realidade por representarem apenas aspectos físicos desvinculados das condições sociais, de adoecimento e riscos, além das constantes mudanças no território.

Inicialmente foi feito um levantamento geográfico da área através de mapas confeccionados pelas Agentes Comunitárias de Saúde, por integrantes da equipe fixa e residentes multiprofissionais atuantes na USF do Jiquiá, do Distrito V, Recife, Pernambuco.

As agentes comunitárias de saúde (ACS) confeccionaram croquis das respectivas áreas cobertas, por apresentarem familiaridade com o território. São oito áreas com cobertura e duas áreas descobertas, desenhada pela ACS com maior



conhecimento desses locais. Os croquis foram avaliados e revisados pela Assessoria do Distrito Sanitário V.

O mapa final foi construído a partir da uni base do bairro de jiquiá, na escala de 1:1000 disponibilizados pela DIRCON (Diretoria de Controle Urbano) transferidos para um papel manteiga e posteriormente transcritos para E.V. A (emborrachado branco). Foram desenhados artesanalmente os fixos: ruas, equipamentos sociais, pontos comerciais, rios, canais, áreas de mangue, casas com as respectivas numerações, paisagens e terrenos baldios com dimensões representativas às reais. Utilizou se lápis o pastel o momento pintura de acordo com a legenda. Após toda estruturação dos elemento fixos, foi colocado papel contato para garantir a durabilidade do material e em seguida realizado o delineamento das micro-áreas, para posterior identificação dos fluxos.

Os fluxos, que são as condições variáveis no território, foram feitos através de representações artesanais que pudessem ser movimentadas de acordo com as mudanças do território. Foram considerados os elementos móveis/fluxos: limites de micro-área, riscos ambientais, condições referidas do ciclo vital, morbidades referidas, eventos sentinela, potencialidades da área e monitoramento das visitas domiciliares da USF. Essas representações simbólicas foram feitas por alfinetes, miçangas, lantejoulas, fitas e cordões coloridos, estes artefatos foram escolhidos, pois possibilita a troca de lugar, o movimento as mudanças que configuram o território vivo.

Para caracterização dos riscos ambientais foram consideradas as seguintes variáveis: depósito de lixo a céu aberto, esgoto a céu aberto, áreas sujeitas a alagamento, criadouro clandestinos de animais, áreas com focos de dengue. Referente às prioridades da atenção básica segundo ciclo de vida considerou se , crianças menores de 1 ano, gestante, idosos que moram sozinhos idosos que moram acompanhados. Considerando as prioridades da atenção básica quanto as morbidades referidas, trabalhou se com as variáveis: diabetes, hipertensão e acamados, (hanseníase, tuberculose, transtorno mental), não foram discriminados no mapa, apenas descritos com agravos prioritários. Já os eventos sentinelas dizem respeito a óbitos de crianças, mulheres em idade fértil e adolescentes. Esses dados vão influenciar diretamente no IDH (índice de Desenvolvimento Humano) e fazem parte das metas da OMS (Organização Mundial de Saúde).

Houve um cuidado em trazer para os olhares da unidade, pessoas que se destacam com potencialidades no território, como as lideranças comunitárias, as



rezadeiras, os ACS, os artesãos, costureiras, artistas, idosos que gostam de contar histórias, entre outros sujeitos potenciais que possam ser aliados da equipe no projeto de intervenção..

O monitoramento de processo de trabalho é uma das principais funções do mapa, permitindo que a equipe e os usuários possam observar onde estão sendo realizadas as visitas e os locais que estão desassistidos. Esse monitoramento é feito através de marcações no mapa indicando as casas que foram visitadas e por quem foram visitadas de acordo com cores das fitas pré-estabelecidas (ANEXO 1).

Para identificar todas as características supracitadas foram criadas legendas específicas descritas no ANEXO 1, de modo que o mapa seja de fácil leitura para que todos possam ter acesso a essa ferramenta de trabalho.

## RESULTADO FINAL E DISCUSSÕES

Os resultados obtidos neste trabalho possibilitaram fazer um diagnóstico de forma qualitativa da área de abrangência da USF, onde foram observados aspectos socioeconômicos, cultural, religioso e epidemiológico da comunidade. De acordo com PEREIRA e BARCELLOS (2006), a territorialização permite a demarcação de limite das áreas de atuação dos serviços, reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente, sendo que o mapa contempla esses objetivos se mostrando uma ferramenta eficaz para o conhecimento do território.

Além dessa função há também a de monitoramento de processo de trabalho, que aparece como dificuldade constante nas unidades de saúde. BARCELLOS e MONKEN (2007) afirmam que o processo de mapeamento permite avaliar a cobertura da Unidade de Saúde e otimizar o trabalho das equipes, diminuindo algumas áreas que estejam muito grandes e, aumentando outras. Além disso, permite identificar zonas com sobreposição de atividades, ou vazios, que não são



cobertos

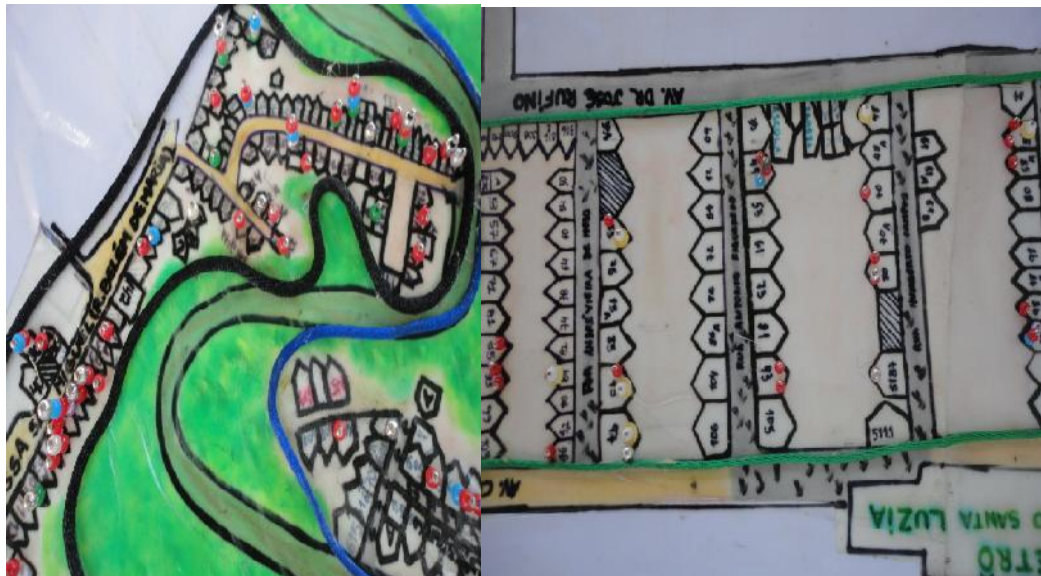
pelo

programa.



Do ponto de vista socioeconômico foi verificado que as áreas onde possuem aglomerados de casas, pouca infra-estrutura e falta de áreas de lazer, encontra-se uma população economicamente desfavorecida, e em péssimas condições de saúde, mais adoecidas, com menor participação social nas decisões políticas e menor acesso aos serviços de média e alta complexidade. São populações que não se vêem como sujeitos de sua própria saúde e não detém autonomia e consciência de seu processo de adoecimento resultante das condições sócio-ambientais em que vivem.

Em relação às condições de moradia observamos que existem casas com pequenos espaços físicos, pouca ventilação e muitos moradores. Isso interfere diretamente nas condições de saúde, de maneira que doenças infectocontagiosas são facilmente transmitidas nesses ambientes, além disso, o nível de estresse é alto dentro dessas residências de forma que não existe espaço adequado para as pessoas e suas individualidades. Nas imagens abaixo podemos perceber que a organização social quanto a ocupação do território e condições de moradia se dá de forma diferenciada. Trazendo condições de vida e adoecimento diferenciado.



Micro área 3 da equipe 1

Micro área 1 da equipe 2

Outro ponto muito evidente é que não existem áreas de lazer para as pessoas que moram nessas áreas. Há muitos estabelecimentos comerciais, igrejas, motel, farmácias, escolas particulares, mas não há muitos espaços para atividades físicas e divertimentos para crianças. Isso torna os jovens e crianças ociosos.

Grande parte do território é observado no mapa como área de chão batido e é banhado por rio, sendo uma área propícia a alagamentos, o que favorece para o surgimento de diversas doenças, como a dengue. Percebeu-se também a concentração em áreas mais pobres de casos de hipertensão, diabetes e gravidez na adolescência. Outra observação é a concentração de idosos nas áreas mais favorecidas, o que indica uma maior expectativa de vida nessas áreas.

Em relação ao monitoramento do processo de doença e prioridades é interessante observar que áreas em condições mais precárias de moradia e com usuários prioritários de atendimento devem ser observadas com cuidado e acompanhadas com maior frequência. Casas que apresentem idosos sem acompanhantes merecem cuidados e a criação de redes comunitárias de suporte, assim como casas com acamados.

A busca ativa de usuários que não estejam frequentando a unidade também pode ser feita pela visualização das visitas no mapa, acompanhar usuários que usem medicação controlada com mais vigor, apoiar famílias com casos de óbitos, gestantes entre outras funções.





Foto da micro área 3 da ESF 1 do PSF Jiquiá

Nos mapas é possível juntar informações e fazer comparações que não eram possíveis fazer sem eles (BARCELLOS e MONKEN, 2007) corroborando com as idéias relatadas anteriormente.

Há de se relatar que o mapa é uma ferramenta de baixo custo, visto que utiliza métodos artesanais de fácil acesso a qualquer interessado, embora seja extremamente eficaz no diagnóstico da área de abrangência da USF e como facilitador do processo de trabalho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mapear o território em um trabalho mais amplo possibilita apropriar-se de algumas das suas particularidades cartográficas, dos seus equipamentos sociais e do seu perfil epidemiológico, e constitui um valioso meio de evidenciar a situação da comunidade adscrita à Unidade de Saúde da família onde se pretende atuar.

O resultado final desta produção oferece mais um objeto de acompanhamento e visualização da dinâmica da comunidade, facilitando o monitoramento e, quando necessário, a interferência.

Visto que o território não é imutável, o mapa de territorialização permite atualização dos dados de acordo com as alterações decorrentes do processo natural de desenvolvimento humano.



## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ABRAHÃO, A. L. **Atenção Primária e Processo de Trabalho em Saúde**. Informe-se em Promoção da Saúde, v.03, n.01, p.1-3. Jan-jun. 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

BARCELLUS, C.; MONKEN, M. **Instrumentos para o diagnóstico sócio-sanitários no Programa Saúde da Família**. In: O território e o processo saúde-doença. FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. (Org.) Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

CARLOS, A. F. A. **A geografia brasileira hoje: algumas reflexões**. São Paulo: Terra Livre, Ano 18, Vol I, nº 18, p. 161 – 178, jan-jun de 2002.

GONDIM, G.M.M. ; *et al.* **O Território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização**. In: Território, Ambiente e Saúde. MIRANDA, A.C.; BARCELLOS C.; MOREIRA, J.C; MONKEN, M. Editora FIOCRUZ. 2008.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.3, June 2005 .

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O Território no Programa de Saúde da Família. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica**. p. 47-55, jun 2006.

SANTOS M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Editora Hucitec; 1996.