

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Ana Paula Villar Fernandes Salgueiro

**PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DOS
TERRITÓRIOS DE SAÚDE NO DISTRITO
SANITÁRIO III**

RECIFE
2010

ANA PAULA VILLAR FERNANDES SALGUEIRO

PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DOS TERRITÓRIOS DE SAÚDE
NO DISTRITO SANITÁRIO III

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Recife

2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S164p Salgueiro, Ana Paula Villar Fernandes.
Processo de construção dos territórios de saúde no distrito
sanitário III. / Ana Paula Villar Fernandes Salgueiro. — Recife: A. P.
F. Salgueiro, 2010.
39 f.: il., tab., graf.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços
de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque.

1. Gestão em Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Sistemas
Locais de Saúde. I. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. II. Título.

CDU 614

ANA PAULA VILLAR FERNANDES SALGUEIRO

PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DOS TERRITÓRIOS DE SAÚDE
NO DISTRITO SANITÁRIO III

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovado em: 07/12/2010

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dra. Fabiana Oliveira Silva
Secretaria de Saúde de Camaragibe

AGRADECIMENTOS

Ao corpo docente do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães;

Aos amigos que conheci dos quatro cantos de Pernambuco que estiveram comigo durante essa jornada, meus agradecimentos;

A Nancy e Semente pela dedicação e compromisso com a turma;

A minha amiga e companheira de Distrito e curso, Fátima Araújo, pelo apoio e solidariedade;

A Secretária de Saúde do Município do Recife-PE, por confiar e investir nos gestores, com o objetivo de oportunizar o crescimento profissional vislumbrando o fortalecimento da rede de assistência do Sistema Único de Saúde – SUS.

A Veronildo, pelo auxílio prestado e solidariedade nos momentos que precisei;

A Geórgia Albuquerque, pela contribuição, apoio e disponibilidade;

A minha mãe, pela dedicação, companheirismo, e por estar sempre do meu lado;

A minha orientadora, Dra. Paulette Cavalcanti, pela paciência com essa aluna indisciplinada;

Aos meus companheiros de Distritos que durante esse processo estiveram me compreendendo.

SALGUEIRO, Ana Paula Villar Fernandes. Processo de construção dos territórios de saúde no distrito sanitário III e as atribuições da gerência de território. 2010. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

O presente estudo faz uma reflexão sobre o processo de redivisão do território com fins organizacional e gerencial do Distrito Sanitário III, no município do Recife, Pernambuco. Este se constitui de uma revisão bibliográfica sobre os conceitos de Território, de modo que possa ser revisto algumas das vertentes existentes na literatura e de uma revisão documental, referente ao processo de constituição dos territórios de saúde, no período de fevereiro de 2009 a junho de 2010. Os territórios de saúde constitui-se numa nova forma de distribuir a rede de serviços de saúde que tem a intenção de melhorar o processo de trabalho, a qualificação das ações de saúde a partir do novo modelo de atenção e gestão – Recife em Defesa da Vida, que vem sendo implantado pela atual gestão. Trata-se de estudo descritivo exploratório. Foram obtidos dados secundários do CNES, SIAB, pesquisa AMS-IBGE sobre saúde, além da agenda de trabalho da gerência de território, da gerência operacional de gestão de pessoas referente à lotação de servidores do Distrito Sanitário III. Obtivemos como resultados que a redivisão territorial gerou uma redução do número de serviços e de profissionais sob a responsabilidade de uma gerente de território, o que obviamente, agiliza o processo de trabalho e possibilita uma maior proximidade do território e aumento da resolutividade. Mostrou uma maior integração do Distrito com as unidades, através dos fóruns de território de saúde. O modelo de saúde conseguiu ser melhor discutido, bem como o matriciamento e o acolhimento. No entanto, ainda trata-se de uma revisão puramente gerencial, que precisa de ajustes e de redivisão, visto que permanece uma sobrecarga da TS 4. Concluímos que efetivamente houve uma melhoria do processo de trabalho, da organização e do funcionamento da rede, porém levanta e traz a tona um conjunto de problemas que não são resolvidos pela mera redivisão territorial.

Palavras chaves: território, atenção básica, gestão da atenção básica, modelo de saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo Geral.....	11
2.2 Objetivos Específicos.....	11
3 MARCO TEÓRICO	12
3.1 Redes de Atenção à Saúde.....	14
3.2 Diretrizes e ferramentas do Modelo de Atenção e Gestão.....	16
4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICOS	19
4.1 Desenho do estudo.....	19
4.2 Área de estudo.....	19
4.3 Tipos de fontes de dados.....	20
4.4 Processamento e análise dos dados.....	20
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
5.1 Início do Processo de Redivisão Territorial no DS III.....	21
5.2 Construção dos Critérios de Redivisão Territorial.....	22
5.2.1 território.....	25
5.2.2 acessibilidade.....	26
5.2.3 análise de situação de saúde	36
5.2.4 organização em redes dos serviços de saúde.....	27
5.2.5 distribuição de habitantes por bairro.....	27
5.3 A Proposta de Redivisão Territorial.....	28
6.CONCLUSÃO	35
6.CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) do município do Recife, após oito anos se estruturando no incremento e expansão da sua rede básica de atendimento, vem a partir da gestão iniciada em 2009, implantando um novo modelo assistencial em saúde intitulado - *Recife em Defesa da Vida*, que propõe a discussão de suas diretrizes e das formas pelas quais estas se tornarão realidade no cotidiano dos serviços de saúde.

O novo modelo tem como objetivos qualificar a rede produtora de saúde do município, baseado em princípios norteadores como o acolhimento com classificação de risco, a clínica ampliada e a co-gestão. A proposta traz a atenção básica como reguladora do Sistema de Saúde. Couberam às instâncias locais, Distritos Sanitários, a sua implantação junto com Apoiadores Institucionais (AI), utilizando como instrumentos o matriciamento e uma organização de serviços voltados para inclusão.

No Curso do Introdutório, realizado em 2009, com todas as equipes de saúde da família, iniciaram-se as discussões relativas ao modelo, na perspectiva de requalificar as relações e o processo de trabalho, organizar a demanda, distribuir melhor os recursos disponíveis e dirimir conflito junto à população SUS dependente.

A proposta encontra-se contextualizada no SUS, considerando o processo de ampliação do conceito de saúde ocorrida ao longo do tempo. Inúmeros são os conceitos e significados que trazem a saúde no contexto dinâmico e complexo que é a vida e das diversas formas e modos de viver.

Entender a saúde numa visão mais contemporânea que considere os determinantes sociais, as condições de vida das populações e as relações que se estabelecem entre os diversos atores, com suas características sociais, econômicas, política e cultural, requer o entendimento da diversidade e complexidade das realidades no território de atuação.

Com a expansão da rede de saúde, iniciada em 2001, a Secretaria de Saúde do Recife sentiu necessidade de discutir uma proposta de construção do plano de gestão do território, que visava favorecer a condução de políticas intersetoriais no desenvolvimento de uma lógica territorial, de pensar e intervir sobre os problemas e

ações de saúde nos seus distritos sanitários. Em 2003, surge como produto a proposta de implantação de gerências de território, com objetivo de estarem mais próximas da rede de saúde, na lógica do fazer juntos às equipes, construindo rede de apoio, levando em conta como a comunidade se organiza para acessar bens e serviços, não só da saúde, mas também da rede que a produz.

Essa forma organizacional veio ao longo dos anos, sinalizar para uma readequação que busque atender a realidade da expansão da rede, com o aumento da demanda de serviços e do número de profissionais.

O Distrito Sanitário III (DSIII) está localizado na Região Político Administrativa 3 (RPA 3), é o 2ª maior Distrito em população e o primeiro em dimensão territorial. Composto de 29 bairros, distribuídos nas 3 microrregiões, sendo a mais extensa RPA da cidade, com 81.751 km² e mais de 300 mil habitantes. Caracteriza-se por ser uma região de contrastes, com desigualdades sociais e ambientais (RECIFE, 2009).

O DS III se constitui num território heterogêneo onde convivem grandes desigualdades e vulnerabilidades, na forma como a população vive e se organiza. Em sua paisagem urbana, visualizam-se áreas planas e de morros, sujeitas a desabamentos em decorrência da ação antrópica. Há baixa cobertura de saneamento e de índices de escolaridade, com áreas que apresentam grande violência (RECIFE, 2009).

Em contrapartida, trata-se de um distrito com melhor esperança de vida ao nascer, localizados na Microrregião 3.1(MR), sendo os bairros: Graças, Derby, Espinheiro e Aflitos, onde os espaços públicos e de lazer estão mais concentrados, com maior renda per capita da cidade. Assim apresenta a melhor qualidade de vida do Recife em relação às demais microrregiões existentes (RECIFE, 2009).

Em sua história, traz vasta organização política e cultural, grandes lutas e conquistas, advindas de movimentos sociais organizados e presença de grupos expressivos da cultural regional.

Na prática do serviço nos deparamos com diversos problemas que parte da estrutura física das unidades de saúde até a complexidade do território, e que em muitos momentos surge à sensação de inoperância e impotência pela falta de autonomia e governabilidade para o enfrentamento dos problemas, e ainda, as

equipes de saúde que não conseguem dar conta de uma demanda grande, crescente e complexa.

O Distrito Sanitário não dispõe de autonomia financeira nem administrativa para realizar a gerência do território a ele destinado, o que interfere diretamente nas resoluções de problemas, muitas vezes simples, tornando-os duradouros e insuperáveis. Constatamos uma descentralização distrital fragmentada e sem poder de respostas diante das comunidades e equipes. E, por estarmos diretamente ligados as comunidades e as equipes de saúde, temos clareza das necessidades do território, porém, na maioria das vezes, não conseguimos efetivamente demandar as soluções, trabalhando com as demandas emergenciais, como verdadeiros “apagadores do incêndio”, ficando evidente a falta de autonomia desejada e necessária para o distrito sanitário.

Vivemos também, um momento de insatisfação e desmotivação das equipes do Programa de Saúde da Família, com profissionais ainda em período de estágio probatório já sinalizarem para solicitação de licença sem vencimento ou mesmo exonerações. Os profissionais aprovados no concurso público, realizado pela Secretaria de Saúde do Recife, não trouxe efetivamente melhoria para o serviço, devido a maioria não se enquadra nos critérios para atuar no programa enquanto estratégia de saúde da família, atuando de forma descomprometida e sem vínculo com o território que se encontra adscrito. Os mecanismos de controle de pessoal utilizados hoje, ou seja, o controle de horário e de produção não parece suficiente para dialogar com esse trabalho vivo realizado no cotidiano do serviço.

Diante deste contexto, tornou-se fundamental para o DS III o enfrentamento dos diversos problemas que acometem a população, com adoção de estratégias específicas pelo setor saúde, na intenção de minimizar os problemas decorrentes dos contrastes encontrados neste território. Uma das estratégias implantadas pela gestão municipal, visando melhorar a qualidade e entender melhor a complexidade do território foi à implantação das gerências de Território.

Com a inserção no organograma da Secretaria de Saúde, desde 2005, os Gerentes de Território (GT), atores institucionais que atuam numa lógica de território no âmbito dos territórios Sanitários ou Distritos Sanitários. Foram instituídos e distribuídos inicialmente por microrregiões, acompanhando assim a lógica oficial estabelecida pela Prefeitura do Recife na distribuição espacial da cidade, sendo seis

Regiões Político-Administrativas (RPA) e cada região distribuída em três microrregiões. Assim buscaram ao longo dos anos assumirem responsabilidade sanitária em seus territórios de atuação.

Desde a sua implantação os gerentes de território passaram a viver o cotidiano do gerenciamento de um território com um nível de autonomia e poder de baixa resolutividade que nem sempre estão ao alcance gerencial desejado, acarretando conflitos pessoais e, por parte de quem gerencia a sensação de impotência diante da complexidade de problemas que vão se avolumando desde a estrutura das unidades de saúde, até aos conflitos gerados pelas relações de poder que circulam num mesmo ambiente de atuação.

A implantação da GT organizou-se nas três microrregiões, descentralizando ações de vigilância à saúde e buscando uma maior integração da assistência com a vigilância em saúde. A finalidade do modelo de gerência de território era minimizar a fragmentação existente no setor saúde.

Em 2009, a partir do diagnóstico iniciado na 9ª Conferência de Saúde, uma nova redivisão do território no âmbito do DS III mostrou-se imprescindível, vez que a forma organizacional e gerencial existente não atendia satisfatoriamente às exigências demandadas pelo território. Assim, foi discutida a construção de critérios norteadores para a redivisão das três microrregiões, partindo da divisão por bairros, o qual se denominou de “Território de Saúde – (TS)” que teriam caráter gerencial, enquanto instrumento facilitador do processo de organização de rede no DS III (RECIFE, 2009).

No âmbito distrital, a equipe gestora tomou como base para a redivisão do território alguns critérios, levando-se em conta a política de atenção básica de saúde do Município que defende a efetivação de um novo ordenamento na lógica de gerenciamento e execução dos serviços de saúde em rede, assim como as limitações para que essa redivisão não ultrapassasse mais que 05 Territórios de Saúde.

A peculiaridade do território do DS III com sua grande extensão física, número de bairros e de população, a complexidade dos problemas que determinam as formas de adoecimento da população, foram considerados para a escolha dos critérios na redivisão.

Entende-se que a discussão e implantação de um novo modelo gerencial trazem rebatimento na própria lógica do fazer saúde e nas relações da rede instalada. Refletir sobre o próprio território de atuação é algo que esse estudo pode trazer de contribuição no momento onde pactos e contratos precisam ser feitos para preservação do SUS enquanto direito adquirido a ser mantido e efetivado.

O modelo de atenção e gestão – Recife em Defesa da Vida - proposto, trouxe a tona e estimulou a discussão sobre o processo de trabalho não apenas das equipes de trabalhadores, mas especialmente das equipes gestoras que apoiam a realização das ações e serviços de saúde no Distrito Sanitário III.

Portanto, a elaboração desse trabalho nasce da inquietação em buscar maior entendimento e melhor forma de organizar a gerência de território, no sentido de ser mais efetiva, resolutiva e estratégica, entendendo a lógica e complexidade do território. A necessidade de definir quais instrumentos gerenciais devem ser construídos para apoiar a tomada de decisões balizadas e em consonância com o território do qual se é co-responsável, assim como, refletir sobre o território entendido como espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de trabalho, renda, de habitação, de acesso à educação, como parte integrante do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepção sobre a saúde e doença, de família, de sociedade, etc.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Descrever o processo de redivisão territorial do Distrito Sanitário III e a conseqüente redefinição das atribuições da gerência de território.

2.2 Específicos

- a) Descrever o processo de construção de critérios de redivisão territorial no DS III;
- b) Apresentar a rede de serviços e ações de saúde, bem como se organizaram a partir da criação dos Territórios de Saúde;
- c) Discutir os papéis e as atribuições da gerência de território.

3. MARCO TEÓRICO

No processo de construção das políticas de saúde, cada vez mais, o território vem assumindo a condição de deflagrador de intervenções. Conhecer o território é saber como as pessoas moram, vivem, trabalham e organizam suas vidas (BARCELLOS, 2008).

Na prática de gestão territorial em saúde, questões se colocam fundamentais. Entender o significado atribuído à categoria território ajudará a identificar a necessidade de implementação/implantação de ações práticas em saúde e entender quando e como são influenciadas pela organização do território.

Desde a origem, a palavra território pode revelar duplo significado, material e simbólica, pois etimologicamente aparece tão próximo de *terra-territorium* quanto de *terreo-territor* (terror, aterrorizar), ou seja, tem a ver com dominação (jurídico-política) da terra e com a inspiração do terror, do medo – especialmente para aqueles que, com esta dominação, ficam alijados da terra, ou no “territorium” são impedidos de entrar. Ao mesmo tempo, por extensão, podemos dizer que, para aqueles que têm o privilégio de usufruí-lo, o território inspira a identificação (positiva) e a efetiva “apropriação” (HAESBAERT, 2004).

Nos diversos campos do saber, isso pode ser notado. O conceito de território esteve quase sempre relacionado com as relações de poder que se estabelecem entre grupos sociais e destes com a natureza (RAFESTIN, 1993). Desta forma, percebe-se que o conceito de território se faz pelo *empoderamento* de uma determinada área ou grupo social.

Na geografia há, no mínimo, duas correntes de pensamento que apreendem de forma distinta a questão de espaço. A primeira, o apreende de forma naturalizada, como um espaço físico que é dado, em que o ambiente onde vivemos é alguma coisa externa a vida da sociedade. Para os defensores de tal concepção, são os critérios geofísicos e/ou geopolíticos que delimitam os espaços – em que o social é mais uma variável, que vão definir o território, área, região ou localidade. (MENDES, 2003).

Essa concepção ao ser adotada pelo setor saúde, por exemplo, na delimitação de área de responsabilidade de uma equipe de saúde, definiria apenas um local onde se opera a base do sistema, ou seja, o número de famílias a ser

considerado, a localização dos equipamentos de saúde, o número de equipes por área de abrangência, distribuição da população por faixa etária, entre outras variáveis. Nota-se que dessa forma o espaço/território limita-se a uma descrição estática do espaço onde atuam a equipe de saúde.

A segunda leitura do espaço amplia o conceito de espaço/território inserindo as relações entre as pessoas e a cultura, em fim, os aspectos sociais existentes. Uma construção do processo histórico, resultante da ação de homens concretos, que está em permanente transformação, ou seja, o território nunca está pronto, sempre em construção, pois se trata de um “território vivo” (SANTOS, 2003).

Retratamos que, a primeira corrente reforça a concepção de saúde apoiada no modelo biomédico que a considera como ausência de doença e está definida como alteração fisiopatológica. Dessa forma, naturalizada, biologizada e, ao tratar o social, o faz reduzindo-o a um conjunto de características individuais, os chamados “fatores sociais”, não assumindo o dinamismo da construção do espaço como processo social (MENDES; DONATO, 2003).

A partir dessas considerações, fica evidente a necessidade da equipe de saúde conhecer a dinâmica do território, como esse estabelece e se comporta na dinâmica da cidade, se responsabilizando pelo indivíduo.

A Política Nacional de Atenção Básica prevista pela portaria do Ministério da Saúde (nº 648/2006), estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica com o fortalecimento da estratégia de Saúde da Família e de Agentes Comunitário de Saúde (BRASIL, 2006). Assim, Atenção Básica é entendida como primeiro nível da atenção à saúde no SUS, ou melhor, é o contato preferencial dos usuários, que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade. Isto é, fica subentendido que a atenção básica inclui um rol de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender a maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade, entretanto sua organização, seu desenvolvimento e sua aplicação possam demandar estudos de alta complexidade teórica e profundo conhecimento empírico da realidade (BRASIL, 2009).

Segundo Mendes (2010) as Redes de Atenção a Saúde são:

organizações poliárquicas de um conjunto de serviços e ações de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa que permite ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde –

prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada”, e como responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

São fundamentos da construção de rede de atenção à saúde os princípios organizativos, as formas de integração, a diretriz clínica e os territórios sanitários (MENDES, 2010).

Embora a atenção básica em saúde seja entendida como a base orientadora do sistema, sua porta de entrada preferencial e que deva ter visão integral da assistência à saúde para a sua população adscrita, os procedimentos realizados diretamente em seus serviços, não esgotam as necessidades dos pacientes do SUS.

3.1 Redes de Atenção à Saúde

As condições de saúde não se resolvem em serviços ou unidades isoladas, mas requerem ações de vários serviços e unidades de maneira articuladas e coordenadas, dessa forma a rede de atenção à saúde é composta pelo conjunto de serviços de saúde que se dispõe num determinado território geográfico (MENDES, 2010).

A construção de uma rede na saúde é complexa, exigindo implementação de tecnologias que qualifiquem os diferentes serviços, especialidades e saberes. Assim ter mais serviços e equipamentos é fundamental, mas não basta, é necessário garantir que a ampliação da cobertura em saúde seja conjunta com a ampliação da comunicação entre os serviços, que construam a integralidade (BRASIL, 2009).

A idealização da rede de atenção à saúde mais adequada deve se dar dentro do possível, do factível, com inovação e criatividade, aproveitando as oportunidades presentes no contexto regional visando construir uma condição para a: dispersão e qualificação dos serviços de atenção básica e sua integração com outros setores; a distribuição dos pontos e a melhor definição de estratégias para a atenção terapêutica ambulatorial; a distribuição dos pontos de atenção hospitalar; a distribuição dos pontos de apoio e suporte diagnóstico; a organização das redes

temáticas e linha de cuidado prioritárias, como por exemplo: atenção à mulher, ao idoso, às doenças cardiovasculares (SILVA, 2010).

Para que se dê a mudança das práticas de saúde, é necessária também, a transformação das relações de trabalho da própria equipe de saúde. Urge uma nova forma de olhar o usuário e também o colega de trabalho, e a si mesmo, como profissional de saúde. As equipes de saúde precisam oferecer mais do que prestação de um serviço pura e simplesmente, entendido como a realização de atos formais. A formalidade e a burocratização da prática de saúde coíbem a satisfação profissional, além de provocar um estado de estagnação, onde o profissional tem consciência da inoperância do resultado final das ações realizadas, mas não se sente responsável por isto. Continua a realizá-las de forma mecânica, como não se incomodasse com a recorrência do adoecimento, fruto da permanência das determinações do mesmo, como exemplo: a criança volta toda semana com o mesmo quadro infeccioso ou respiratório, a mulher se queixa do nervoso ou da dor de cabeça que não tem solução (CAMPOS, 2003).

É indispensável que o profissional tenha mais sensibilidade escute o outro, o que o usuário pensa. Uma ação que não seja distante e impessoal. E talvez esta ação o leve a expor, clara e diretamente o paciente, as possibilidades e os limites da intervenção, através do serviço de saúde e passe a buscar, de forma criativa, novas possibilidades de superação dos problemas identificados.

Portanto, as equipes locais devem trabalhar exercendo o papel de coordenação das ações de saúde em cada micro área do município, onde são responsáveis pelo atendimento primário, pela decisão de acessar os recursos disponíveis no sistema de saúde e de outras instâncias para atender os problemas detectados. Contribuir para a organização da comunidade no esforço de melhorar as condições de saúde, de partilhar com a comunidade os possíveis caminhos e as decisões a respeito da promoção, da prevenção e do atendimento à saúde das famílias a ela referidas. É comum perceber que por falta de orientação, a população procure os serviços, em busca de atendimentos especializados, a partir de sua própria percepção de necessidade (RECIFE, 2009).

O modelo proposto pela atual gestão - Recife em Defesa da Vida, tem como uma de suas diretrizes por em análise o cotidiano dos serviços e as práticas de saúde, indo além das estruturas. Trata-se de uma mudança de sensibilidade num sentido humanista de mais cuidado e responsabilidade ante o usuário, em sintonia

com a ampliação das práticas clínicas, a qualificação do trabalho em equipes, a co-gestão com os trabalhadores e a valorização dos espaços coletivos (RECIFE, 2009). Como princípios norteadores para implantação e operacionalização do modelo em construção, a gestão busca esforços junto aos Distritos Sanitários através das gerências de território, apoiadores Institucionais e equipes locais para concretização da implantação desse modelo, através: do acolhimento com classificação de risco; do referencial da clínica ampliada; do processo entre equipes - Co-gestão; a da utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e implantação do matriciamento (RECIFE,2009)

3.2 Diretrizes e ferramentas do Modelo de Atenção e Gestão

a) Acolhimento

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalhos em saúde de forma a atender a todos que procuram o serviço de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas ao usuário (BRASIL, 2004). Neste sentido, Franco et al (1999) preconizaram que os serviços de saúde, ao adotar práticas centradas no usuário, faz-se necessário desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. No entanto, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologia leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, acolhimento, vínculo e responsabilização.

Esses encontros, que se dão entre dois indivíduos, são produzidos em um espaço intercessor no qual uma dimensão tecnológica do trabalho em saúde, clinicamente evidente, sustenta-se: a da tecnologia das relações, território próprio das tecnologias leves (MERHY, 1997).

b) Clínica Ampliada

A Clínica Ampliada traduz-se numa ampliação do objeto de trabalho e na busca de resultados eficientes, com a inclusão de novos instrumentos, ou seja,

almeja integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional (BRASIL, 2009b).

A condição básica para a construção de vínculo está, pois, na capacidade da equipe responsabilizar-se pela atenção integral à saúde dos que vivem em um dado território; e mais, pela capacidade de encarregar-se de todos os casos que exigem atendimento especial, seja em razão de doenças ou de outros fatores que aumentam a vulnerabilidade das pessoas (idade, gestação, uso de drogas, etc.) (CAMPOS, 2003).

Para que se realize uma clínica adequada, é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de “igual”, o que ele apresenta de “diferente”, de singular (BRASIL, 2009b).

c) Cogestão

A gestão participativa ou co-gestão é um instrumento poderoso para construir eficácia e eficiência, bem como, uma diretriz ético-política fundamental. A gestão é um modo de racionalizar os meios para atingir um fim (função administrativa clássica), mas é também uma forma de democratizar o poder (controlar o estado e o governo, ou os excessos dos distintos corporativismos), bem como de motivar e de educar os trabalhadores (CAMPOS, 2003).

Como cita Campos (2003), precisamos encontrar uma forma de trabalhar que permita uma mobilização subjetiva, o desenvolvimento da engenhosidade e da cooperação. Porém, isto não pode ser feito de fora, apenas com as imposições, prescrições ou orientações da gestão. Se as equipes tiveram autonomia para repensar e analisar seu próprio trabalho e, assim, definir seus modos próprios de trabalhar, e encontrando esses modos, certamente estes precisarão ser negociados com os usuários e também com a gestão. Autonomia não é cada um fazer o que resolve, mas poder seguir as regras que são formuladas em conjunto e que toda equipe precisa estar envolvida (PINTO ;COELHO, 2008).

d) Projeto Terapêutico Singular

O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, nos parece melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação, lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças. Geralmente é dedicado a situações mais complexas, no fundo é uma variação da discussão de “caso clínico” (BRASIL, 2009a).

É necessário, portanto, que se forneçam instrumentos para que os profissionais possam lidar consigo mesmo e com cada sujeito acometido por uma doença de forma diferente da tradicional. Nesse contexto, a concepção de Clínica Ampliada e a proposta de Projeto Terapêutico Singular fazem entender que as situações percebidas pelas equipes como de difícil resolução, são situações que esbarram nos limites da clínica tradicional (BRASIL, 2009d).

e) Apoio Matricial

A construção de rede de especialistas que apoiam o trabalho de equipes da atenção básica possui duas dimensões: o suporte assistencial e suporte técnico-pedagógico. À medida que as equipes de um serviço se vinculam, as outras que lhe dão apoio, conseguem produzir deslocamentos de saberes para todos os implicados, aumenta o grau de resolutividade dos serviços, dessa forma, ganham os generalistas e ganham os especialistas, pois são portadores de distintos saberes pelos lugares que ocupam. Essa troca, além de enriquecedora para os profissionais de saúde, costuma ser impactante para a atenção ao usuário, favorecendo a responsabilização e o vínculo (BRASIL, 2009 c).

Todos os elementos apontam para um modelo de atenção e gestão de saúde voltada para um conceito ampliado de território, onde a saúde passa a ser o objetivo do setor, e se dá a partir da análise do contexto individual e coletivo em que os sujeitos vivem e atuam.

4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICOS

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, a partir de documentos, revisão bibliográfica e dados secundários.

Os dados foram obtidos da agenda da gerência de Território da Microrregião 3.3 que hoje corresponde a TS 04.

4.2 Área do Estudo

Município do Recife-PE, Distrito Sanitário III. O Recife é subdividido, desde 1988, em 94 bairros, segundo Decreto nº 14.452/88, para efeito de planejamento e gestão. A Cidade também é dividida, espacialmente, em seis Regiões Política-administrativa (RPA), sendo cada uma destas subdivididas em três microrregiões (MR), que agregam bairros com maior proximidade geográfica. Na saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário.

O Distrito Sanitário III pertence à RPA 3 (figura 1), e é composto de 29 bairros. É a mais extensa RPA da cidade, com 81.751 km², correspondendo a 37% da área do Recife, com 316.829 habitantes, cerca de 23% da população do Recife. É considerada a 2ª maior região habitada, entretanto apenas 49% dessa população estão cobertas pela Estratégia de Saúde da Família (RECIFE,2009).

Apesar de trabalhar atualmente com uma nova configuração de território, na distribuição da rede de serviços e seu gerenciamento na de saúde, oficialmente se considera as microrregiões subdividindo a RPA, e para obtenção dos dados foram levantadas informações a partir das unidades municipais, ou seja, os bairros, tendo em vista que todas as secretarias da prefeitura trabalham nessa lógica (RECIFE,2009).

O estudo relatou os mecanismos utilizados referente à nova redivisão gerencial em Territórios de Saúde no Distrito Sanitário III.

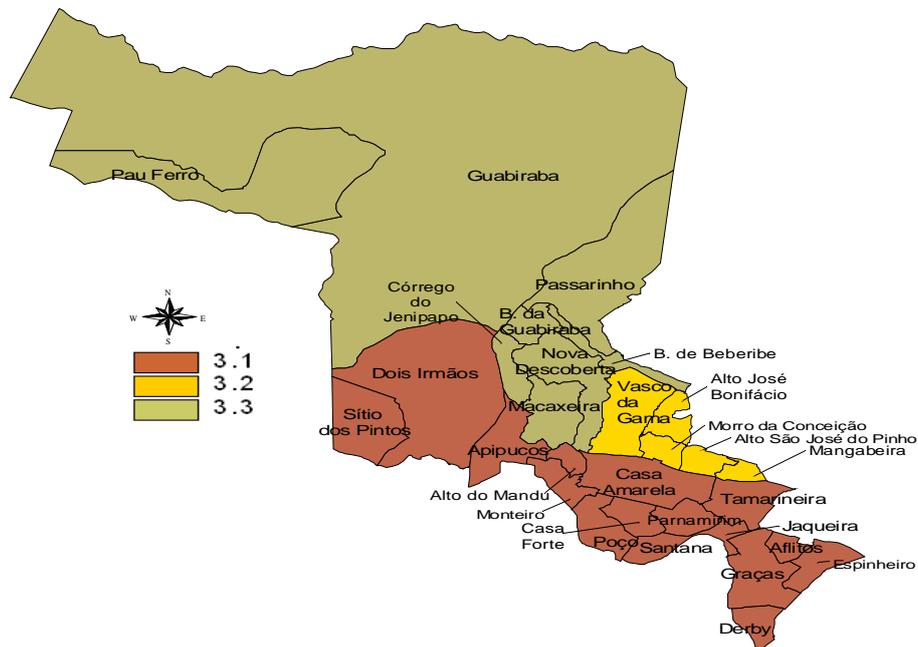


Figura 1: Mapa atual do Distrito Sanitário III, dividido por microrregiões e por bairros
Fonte: (RECIFE,2009)

4.3 Tipos e Fontes dos Dados / População de Estudo

Foram analisados dados secundários obtidos no CNES, SIAB, Pesquisa do IBGE sobre saúde, agenda de trabalho da gerente de território.

4.4 Processamento e Análise dos Dados

Para responder aos objetivos deste estudo, a partir dos documentos referidos, foram realizadas as seguintes etapas:

- 1 – Revisão bibliográfica (leitura de textos em revistas científicas, livros)
- 2 - Busca de dados secundários:
- 3 - Documentos: agenda da GT, SIAB, documentos da GOGP(Gerencia Operacional de Gestão de Pessoas).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Início do Processo de Redivisão Territorial no DS III

O município de Recife vivenciou no período de 2001-2008 um crescimento de oferta de serviços de saúde. Vários serviços foram implantados ou ampliados, destacam-se as 243 novas equipes de saúde da família; 119 equipes de saúde bucal, 04 urgências Odontológicas 24h, 04 Centros de Especialidades Odontológicas; 10 Centros de Apoio Psicossocial – CAPS; 06 CAPS Álcool/Drogas, 11 Residências Terapêuticas. Foi um período fértil, também na inovação e incorporação de novas propostas, como exemplo, a implantação do SAMU, do Programa de Saúde Ambiental – PSA, do Projeto Ambiente Livre do Fumo e do Programa Academia da Cidade (RECIFE, 2006).

Ainda em fase de reconhecimento no território, em 2010, o Distrito Sanitário III implantou quatro (04) equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF compostas em média de nove especialidades, atuando em, no máximo, 13 equipes de Saúde da Família por cada NASF. Também em fase de implantação encontraram-se o SAD – Serviços de Atendimento Domiciliar e o Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas- NAPI , que já fazem parte do cardápio de ofertas às equipes de saúde da família.

Mesmo com uma importante ampliação da rede básica e atenção especializada de saúde, ampliação de distribuição de medicamentos, apoio de laboratório e diagnóstico por imagem, ainda há falta de cobertura em regiões específicas.

Sabe-se que uma grande parte da demanda ambulatorial é atendida em serviços de pronto atendimento (SPA) e nas policlínicas, onde não há produção de vínculo com baixa resolubilidade na atenção à saúde, além de pouco trabalho de reabilitação e promoção de saúde. Assim, o acesso continua burocratizado em grande parte da rede, com práticas e clínica de baixa capacidade resolutiva. As equipes são multiprofissionais, mas ainda percebem-se equipes que trabalham de maneira vertical e isolada, não havendo processo de trabalho interdisciplinar (MACIEL, 2010).

Portanto, esse novo momento traz a tona reflexão da gestão e sinaliza para uma mudança do modelo de atenção, com a necessidade de priorizar a atenção básica em saúde enquanto orientadora do sistema, ou melhor, investir na composição da clínica ampliada com ações de saúde coletiva no território, em vez de investir nos prontos-atendimentos ou centros de especialidades distantes da comunidade. É necessário incorporar recursos para o fortalecimento das equipes locais de saúde ampliando a capacidade de resolver problemas individuais e coletivos, além de intervir sobre os mecanismos de produção de doenças.

Com a oferta de tecnologias e dispositivos para a configuração e fortalecimento da rede de saúde na cidade do Recife, a atual gestão da Secretaria de Saúde que teve início em 2009, apresenta-se com novos arranjos e pactos, na aposta de uma “nova forma” de olhar e cuidar do território, na singularidade dos sujeitos, portanto sabe-se que os desafios são grandes e complexos, porém se aposta no redirecionamento para as práticas exercidas no território e na própria forma de gestão.

Reconhecendo que algumas equipes já possuem a cultura de planejar suas ações, fica claro que o modelo não deverá dificultar ou parar o processo das equipes, mas sim apoiar no que já realizam e incentivar aquelas que ainda não fazem (RECIFE, 2009).

5.2 Construção dos Critérios de Redivisão Territorial

Dentro do processo de descentralização que vem ocorrendo de forma gradual na saúde, ao longo dos anos, os Distritos Sanitários exercem um papel importante nas ações de intervenções dos territórios, aprimorando formas de gerenciamento para uma melhora na atuação dos problemas diagnosticados pelas equipes de saúde, preconizado por Barcellos et al. (2003).

O Distrito Sanitário III possui na sua configuração físico-territorial, as diferenças provocadas pelo quadro socioeconômico que se consolidou ao longo de sua história, exibindo uma convivência nas microrregiões entre seus habitantes próximo territorialmente, mas separados pelas enormes diferenças sociais e

populacionais. Conforme estimativa do IBGE (2008), a MR. 3.1 abrange cerca de 121.816 hab. (38%); a MR. 3.2 com 80.121 hab.(25%) e a MR 3.3 com 114.892 hab (36%); totalizando 316.892 habitantes (23% da população de Recife).

Existe alta densidade populacional na MR's 3.2 (24.263 hab/km²) e baixa na 3.3 (2.101 hab/km²) fato que aumenta de forma relevante as dificuldades para execução das ações, especialmente pelo relevo acidentado com vários morros cercado de escadarias e ladeiras com diversas áreas de difícil acesso. (RECIFE, 2009)

Em meados de 2005, surge na saúde do Recife a GT, onde todos os Distritos Sanitários já divididos em três microrregiões tiveram seus GT's divididos na mesma lógica, com a missão de gerenciar a rede de serviços no território (microrregião) em articulação com os diversos atores e saberes, apropriando-se da realidade local a partir de um diagnóstico das condições de vida e de saúde da comunidade, utilizando o planejamento participativo na perspectiva da intervenção nos problemas sanitários, visando melhor acesso e qualidade na atenção á saúde e fortalecendo o controle social.

Na prática do serviço, nessa primeira versão, a GT foi compartilhada com um profissional de nível superior denominado Apoio da GT e servidores de cada Coordenação de Políticas e Gerências Operacionais do DS III, na intenção de estarem mais próximos da realidade do território para assessorar, planejar e avaliar as ações de saúde nas microrregiões sob sua responsabilidade. Salienta-se que todos os Distritos seguiram a mesma lógica da divisão territorial, porém com formas de gerenciamento diferente.

Através de oficinas de trabalho realizadas junto com outros atores para construção do processo de trabalho, foi construída a seguinte missão para a Gerência de Território comum em todos os Distritos Sanitários:

Conhecer o perfil sócio-econômico cultural e epidemiológico do território, avaliando os indicadores de saúde e implantando ações no território; Identificando, articulando e mobilizando os diversos setores e atores sociais integrando-os as ações da política de saúde municipal, distrital; promovendo a integralidade das ações no território a partir da intersetorialidade; planejando, executando, monitorando, supervisionando e avaliando ações de saúde desenvolvidas no território e fortalecendo as ações voltadas para as prioridades da gestão, como: Mortalidade infantil e materna, controle e combate às endemias como:

tuberculose, filariose, AIDS, hipertensão, diabetes, alcoolismo, transtorno mental e neoplasias de colo de útero; integrando os diversos programas a rede de saúde no território; fortalecendo o controle social; promovendo o acolhimento e humanização nos serviços de saúde no território e buscando a integração da equipe e harmonia.

Mesmo com toda ampliação ofertada ao território, ainda convivemos com seis (06) equipes do PACS - Programa de Agente Comunitário de Saúde nos bairros de maior complexidade sanitária, a exemplo de Nova Descoberta e Vasco da Gama, que fazem limite com equipes de saúde da família, gerando por vezes conflitos e descontinuidade no atendimento ao usuário. Assim como, a alta densidade populacional e as condições geográficas, principalmente nas MR's 3.2 e 3.3, aumentando de forma relevante as dificuldades para execução das ações de responsabilidade das gerências de território, que por sua vez tem inúmeros compromissos agendados diariamente, causando a sensação de incapacidade entre gestores de atender as demandas advindas dos serviços.

Reconhecendo as limitações da gerência de território na implantação do modelo – Recife em Defesa da Vida, deu-se início ao processo de discussão no DS III, a partir de diversas oficinas, onde foram elencadas as principais dificuldades em gerenciar o território na lógica do novo modelo, a fim de rever novas formas de gerenciamento. Durante o processo de discussão em que foi posto em análise o modelo de gestão territorial, houve a participação da Diretoria Geral de Planejamento da Secretaria de Saúde e dos Apoiadores Institucionais da Atenção Básica responsáveis pelo DS III.

Dessa forma, ficaram definidos critérios norteadores para a nova divisão territorial das microrregiões, sendo: 1 – conceito ampliado de território; 2- acessibilidade – proximidade territorial entre bairros e estrutura viária ; 3 - Análise de Situação de Saúde – Perfil Sanitário (características da população, perfil epidemiológico); 4 - organização em Redes dos Serviços de Saúde - Equipamentos de saúde (distribuição e referenciamento) 5- distribuição do número de habitantes por bairro; 6 – distribuição do número de habitações por bairro.

5.2.1 território

Na concepção de território entende-se como sendo o cenário das relações sociais, sendo essencial para investigar a apropriação/dominação do espaço e sua relação com a saúde, sendo importante para o planejamento de ações que permitam diminuir os impactos dessa apropriação na vida das pessoas. E, ainda como uma área territorial para implementação de ações práticas em saúde que depende diretamente da concepção teórica e política do pesquisador/planejador. As diferentes concepções existentes fizeram alimentar diferentes abordagens territoriais e cada uma dessas permite definir territórios, não só em escalas geométricas variadas, como também com olhares os mais variados. (SANTOS,1997; SAQUET, 2007).

Laurell (1983) afirma que os fatores que interferem no processo saúde-doença são também sociais e históricos, considerando que: o processo saúde-doença é um processo social caracterizado pelas relações dos homens com a natureza (meio ambiente, espaço, território) e com outros homens (através do trabalho e das relações sociais, culturais e políticas) num determinado espaço geográfico e num determinado tempo histórico. A garantia à saúde transcende, portanto, a esfera das atividades clínico-assistenciais, suscitando a necessidade de um novo paradigma que dê conta da abrangência do processo saúde-doença. (LAURELL, 1983, p.23)

Essa relação dialética confere especificidade para cada nicho territorial, onde a relação espaço e processo saúde-doença podem ser entendidos. Tal observação parece se aproximar muito das proposições de Laurell (1983), sobre o perfil patológico da coletividade, que se manifesta diferente em cada grupo e pode ser interpretada em seu comportamento biológico-coletivo. O perfil patológico do grupo pode também ser entendido como uma manifestação do território, onde ser circunscreve determinado comportamento.

No entanto, para a saúde pública esse conceito de território ainda apresenta certa obscuridade, uma vez que ainda são poucos os trabalhos que têm utilizado a categoria território como possibilidade de ações adequadas em saúde, sobretudo relacionadas ao planejamento nas unidades de saúde, pode-se deparar, freqüentemente, com mapas figurativos da sua área de atuação, que pouco ou quase nada representam para a efetiva tomada de decisões.

Assim, partiu-se do conceito ampliado de território que reuni aspectos do espaço/território, mas levam em conta os modos de organização que opera em cada localidade, transcendendo os geográficos.

5.2.2 acessibilidade

Partindo da lógica territorial, o acesso que se refere é o lócus de referência em que o usuário busca ações e serviços de saúde. O acesso á saúde trata-se da identificação das redes de produção de saúde, consonante com o espaço-território identificado pelos usuários. Assim, levou-se em conta como a comunidade se organiza para acessar bens e serviços, não apenas da saúde, mas da rede que o produz. Aceitação e utilização por parte da comunidade dos serviços oferecidos, prestação de serviços não implica que a mera existência ou disponibilidade de um serviço seja uma garantia de acessibilidade.

a) Acessibilidade geográfica, ou seja, à distância, o tempo de locomoção e os meios de transporte devem determinar a localização dos estabelecimentos e não área teóricas de jurisdição.

b) Acessibilidade financeira, ou seja, os pagamentos ou contribuição para utilização dos serviços não devem constituir obstáculos.

c) Acessibilidade cultural, ou seja, não deve haver conflito entre os padrões técnicos e administrativos dos serviços e os hábitos, padrões culturais e costumes das comunidades em que sejam prestados.

d) Acessibilidade funcional, ou seja, os serviços devem ser prestados oportunamente e em caráter contínuo, bem como estar disponíveis a qualquer momento, atender à demanda real e incluir um sistema de referência que assegure fácil acesso ao nível de assistência que se requiere.

5.2.3 análise de situação de saúde

Consiste no processo de identificação, priorização e explicação de problemas de saúde da população que vive e/ou trabalham em um território, assim como

oferecer evidências para o monitoramento e avaliação dos resultados das intervenções em saúde.

Consiste de processos analíticos, sintéticos que incluem diversos tipos de análise e permitem caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os danos e os problemas de saúde, assim como seus determinantes, seja estes de competência do setor saúde, ou de outros setores (DUARTE, 2003).

5.2.4 organização em redes dos serviços de saúde

A rede de serviços do Distrito Sanitário e a construção de rede de produção de saúde.

Durante o processo de oficinas de construção do Plano Distrital de Ação, notou-se a diversidade de localidades que é contemplado na descrição dos bairros.

A comunidade se organiza em torno de uma fábrica, uma empresa, ou conforme a rede de transporte, levando a um adensamento muitas vezes maior que determinados bairros. Após tal constatação foi definido que na redivisão territorial seria utilizado, como parâmetro, os dados de estimativa populacional por bairro descrito pelo IBGE para os bairros que compreendem o DS III.

Na distribuição das microrregiões este critério serviu apenas para balizamento de conflitos e nivelamento de opiniões, não sendo ponto fundamental para o processo.

5.2.5 distribuição de habitações por bairro

Para a construção deste critério, tomaram-se os quarteirões trabalhados pelo Programa de Saúde Ambiental, sendo o número de habitações registradas pelos Agentes de Saúde Ambiental e Combate às Endemias.

Durante o processo de construção notou-se a necessidade de redefinição de áreas limites entre os Distritos Sanitários pela proximidade espacial e acesso

geográfico de determinados locais, sendo levantadas junto a Vigilância Ambiental as principais áreas de conflito na distribuição das quadras para atuação no território.

5.3 A Proposta de Redivisão Territorial

As três Microrregiões foram redistribuídas para fins de gerência territorial em cinco (05) Territórios de Saúde – TS (Tabela 1), com a finalidade de apoiar a implantação do novo modelo de atenção e gestão, a partir do conceito de território dinâmico em constante processo, ampliando a participação dos trabalhadores, usuários e gestores enquanto rede produtora de saúde.

A discussão dessa proposta teve início em meados de 2009, mas a partir do mês de Fevereiro de 2010 aconteceu sua implantação e divulgação junto à rede de serviços de saúde, Conselhos Distrital e de Unidades de saúde, entre outros atores.

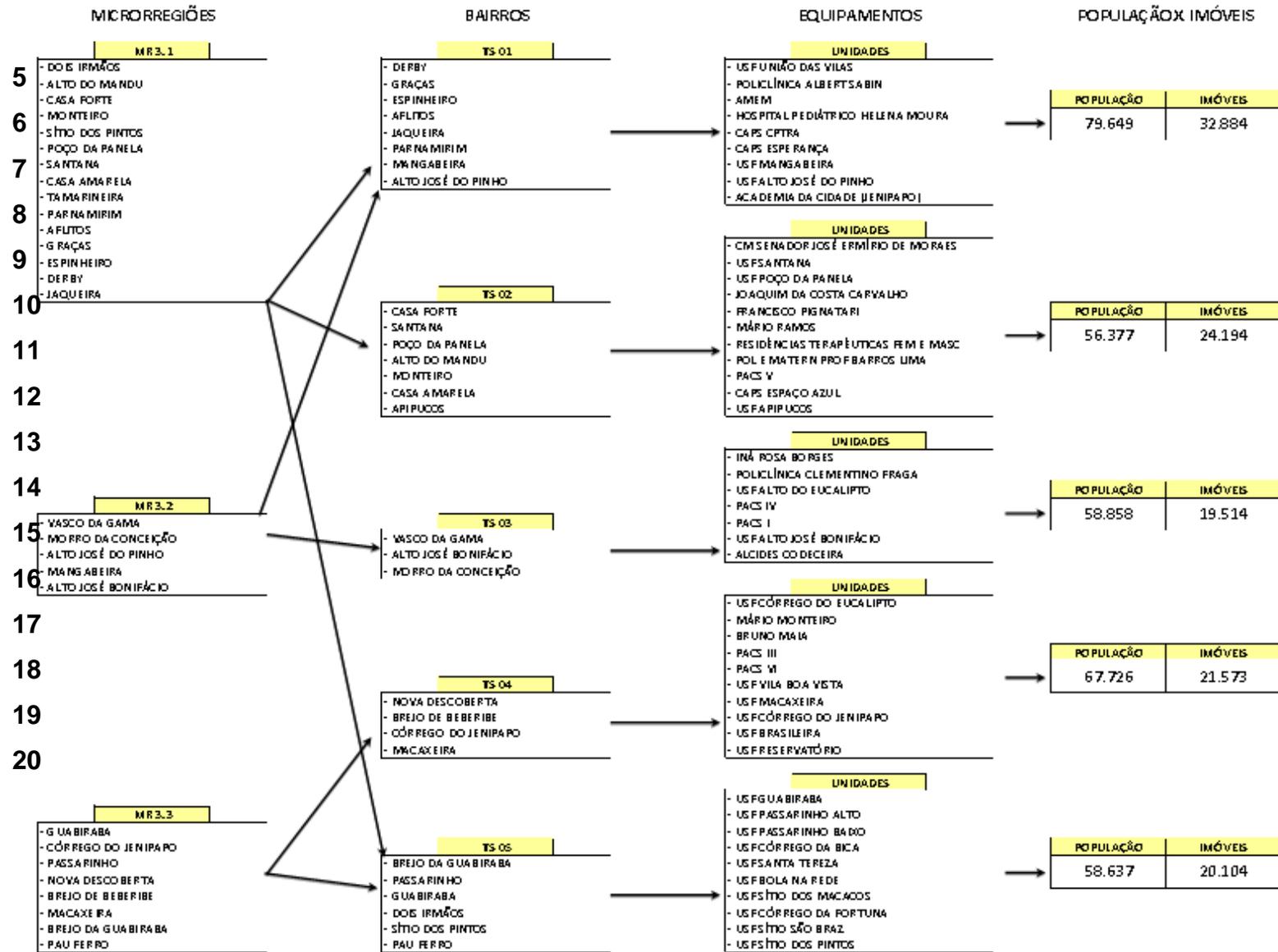


Figura 2 Composição da Rede de Saúde Local do Distrito Sanitário III

Fonte:Elaborado da autora

Com essa redivisão gerencial, a microrregião 3.3, considerada a maior em população e área geográfica, dividiu-se em dois Territórios de Saúde (04 e 05), facilitando o processo de trabalho das gerentes de território, porém o TS 04 permaneceu com os 02 PACS, localizados em Nova Descoberta.

Todas as gerencias de território continuam contando com uma equipe administrativa (apoio da gerência de território), cujo objetivo é facilitar a organização administrativa das Unidades de Saúde, dotando-as de instrumentos burocráticos para a execução de ações produtoras de saúde. Essa equipe tem as seguintes atribuições: providenciar o envio de materiais e equipamentos solicitados pelas US às Gerências de Território e Operacionais do DS; receber e encaminhar documentos enviados pelas US, para despacho da GT, considerando prazos, conteúdo e protocolos; garantir controle da saída de documentos providenciados pelas GT, para as Unidades de Saúde; divulgar ações específicas de saúde junto às unidades; Identificar a necessidade de reposição de instrumentos de trabalhos específicos das Unidades de Saúde, tais como: formulários, planilhas, boletins entre outros facilitando o processo de trabalho administrativo das Unidades de Saúde; articular informações entre as GT'S, Gerencias Operacionais e Unidades de Saúde.

Para as áreas descobertas, optou-se por um fluxo de atendimento em Unidades Tradicionais, considerando a acessibilidade como um dos critérios fundamentais.

Os territórios de Saúde 04 e 05 possui Unidades de Saúde da Família e Unidades Tradicional, não contendo Unidades de Média Complexidade, desta forma o processo de trabalho da gerência de território restringe-se apenas a deliberação da atenção básica.

Dentro dos critérios discutidos observou-se que os que mais preponderaram foram os aspectos populacionais e a densidade de equipamentos. A acessibilidade, no entanto, é necessário um estudo maior para análise da efetividade da gestão de território.

ATIVIDADES	2009				2010			
	MAIO	JUN	JUL	TOTAL	MAIO	JUN	JUL	TOTAL
Reunião Nível Central	3	10	7	20	6	7	9	22
Reunião/visitas nas Unidades	4	6	7	17	6	4	5	15
Reunião comunidade	1	1	2	4	2	0	2	4
Reunião Distrital/ Núcleo Gestor	6	7	8	21	8	6	12	26
Fóruns/Colegiados-Distrital e Nível central	2	1	2	5	6	3	3	12
Parceiros: OP, GAC, UPE e outros	4	5	6	15	7	5	4	12
Reunião MR / TS	0	1	1	2	5	1	0	6
Plenárias/ Conferência	0	4	7	11	0	3	1	4

Quadro 1 – Agenda da Gerência de Território
Fonte: Gerente de Território – Microrregião 3.3

Analisando o Quadro 1, observa-se que a GT demandou maior tempo de sua agenda nas reuniões Distrital, devido a implantação do novo modelo de Atenção.

Observa-se que em 2010 houve um crescimento do número de Fóruns deliberativos a nível distrital, com a participação de gestores e trabalhadores. Esses são encontros mensais que vem demandando várias discussões e deliberações e contribuindo no processo de trabalho. Alguns deles: Saúde da Mulher, Saúde do Trabalhador, Farmacêutico.

No período de 2010, ocorreu um número crescente das reuniões distrital, deu-se devido as implantações de programas no DS III, porém pode-se observar que houve uma queda nas visitas às Unidades.

Constatou-se também, que o número de reuniões com as comunidades permaneceu estável, entre 2009 e 2010, apesar da nova lógica gerencial ter sido apresentada em vários fóruns da RPA 3, ainda existe a necessidade de maior divulgação e integração com as comunidades.

Com relação ao crescimento das reuniões das Microrregiões/Territórios de Saúde no mês de Maio/2010, foi devido à participação das cinco gerentes de território em todas as reuniões de TS, onde a nova lógica gerencial foi apresentada e discutida com os profissionais da rede do DS III.

Observar-se ainda, que o número de visitas as Unidades de saúde foram reduzidas em 2010, porém é pertinente intensificá-las.

Em 2009, a agenda da gerente de território obteve uma sobrecarrega de reuniões, demandadas das Plenárias do Orçamento Participativo, assim como, as Plenárias das Microrregiões com as comunidades, para a Preparação da 8ª Conferência Municipal de Saúde. Neste período, o território não havia sido redistribuído, a GT assumia todo o território da MR 3.3.

Nº	MICRORREGIÃO-MR				TERRITÓRIO DE SAÚDE – Recife 2009					
	3.1	3.2	3.3	TOTAL	1	2	3	4	5	TOTAL
EQUIPES DO PSF	7	13	26	46	6	3	8	14	15	46
EQUIPES DO PACS	2	2	2	6	X	2	2	2	X	6
TOTAL	9	15	28	52	6	5	10	16	15	52

QUADRO 2. Distribuição do nº de equipes do Programa de Saúde da Família- PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS

Fonte: Gerência Operacional de Gestão de Pessoas (GOGP) – DS III

Verifica-se no quadro 2, que houve uma redução do número de equipes em cada microrregião, principalmente na MR 3.3, que vem facilitando a integração entre as equipes e o nível distrital.

Também ocorreu uma melhora no acompanhamento do processo de trabalho das equipes, assim como, maior disponibilidade para trabalhar junto às equipes a implantação dos dispositivos do novo modelo de gestão.

Considerando os 06 PACS's existentes do DS III, observar-se que ocorreu uma centralização em apenas três Territórios de Saúde, sobrecarregando principalmente as TS's 03 e 04, tendo em vista a vulnerabilidade desses territórios devido a alta densidade populacional, onde estão instalados os bairros de Nova Descoberta e Vasco da Gama, com aproximadamente 22.000 mil pessoas por localidade.

As Unidades de média complexidade foram distribuídas entre os Territórios de Saúde (01 e 02).

TABELA 01 - Distribuição do nº de profissionais do programa de PSF, PACS e PSA – Programa de Saúde Ambiental.

Nº	MICRORREGIÃO- MR					TERRITÓRIO DE SAÚDE –TS						
	3.1	3.2	3.3	TOTAL	%	01	02	03	04	05	TOTAL	%
ACS'S	73	122	192	387	70	36	52	90	125	84	387	70
ASACE'S	44	34	51	129	24	22	33	19	32	23	129	24
SUPERVISOR ASACE'S	04	03	05	12	02	02	02	02	03	03	12	02
ACE/FUNASA	04	03	05	12	02	02	02	02	03	03	12	02

Fonte : Gerência Operacional de Gestão de Pessoas - GOGP / DS III

Observa-se na Tabela 01, que com a redivisão territorial houve uma redução no número de profissionais a serem acompanhados pela gerência de Território, melhorando a relação inter pessoas, assim como, a diminuição dos problemas pessoais demandados freqüentemente pelos profissionais a GT.

Já constata-se uma melhoria no vínculo e maior escuta das gerentes de território com os profissionais.

Identifica-se também, que apesar da redistribuição ter beneficiado vários aspectos, observa-se um número relativamente alto de profissionais na TS 04, ou melhor, proporcional ao existente anteriormente na Microrregião 3.2.

Observa-se ainda, que existem 11 (onze) ASACE em desvio de função, exercendo outras atividades administrativas, no DS III.

TABELA 2 - Distribuição de Procedimentos por Microrregião e Território de Saúde

PROCEDIMENTOS	2009								2010											
	MICRORREGIÃO – MR								TERRITÓRIO DE SAÚDE – TS											
	3.1		3.2		3.3		TOTAL		01		02		03		04		05		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	100%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CONSULTAS MED/ENF	5.965	20	6.049	14	19.489	24	31.503	20	3.102	20	4.132	25	5.802	13	11.829	20	12.229	30	37.094	20
VISITAS DOMICILIARES (EQUIPE)	23.747	80	39.254	86	62.440	77	125.441	80	12.982	80	11.786	75	36.845	87	48.262	80	28.838	70	138.713	80
TOTAL GERAL	29.712	100	45.303	100	81.929	100	156.944	100	16.084	100	15.918	100	42.647	100	60.091	100	41.067	100	175.807	100

Período: Março/ Abril/ Maio
 FONTE: SIAB

Na Tabela 2, pode-se considerar que nos períodos relatados houve um acréscimo de 18.863 procedimentos no ano de 2010, entre as consultas e visitas domiciliares. Foram vários motivos para tal ampliação, tais como: maior intensificação nas reuniões de TS's, enquanto fórum permanente entre trabalhadores e gestores, onde foi abordada a necessidade do preenchimento das fichas de produção, melhoria no processo de trabalho, e ainda, maior monitoramento nos territórios. Enfim, muitos dispositivos foram acionados, porém não dispomos ainda de dados suficientes para confirmar qual dos fatores levam ao incremento no número de procedimentos executados.

Observa-se também, que mesmo com o acréscimo de procedimentos realizados, o total de percentual foi o mesmo entre os dois períodos analisados.

6 CONCLUSÃO

A redivisão territorial sinaliza para as gerentes de território, com a redução do número de serviços e equipes, a possibilidade de ganhar maior agilidade na implantação do novo modelo de gestão, bem como de ampliar a resolutividade em suas ações. Sabe-se também, que esse formato de Território de Saúde não está acabado, podendo ser revisto a qualquer momento, a partir das práticas do território.

Esse movimento inicial realizado pelo Distrito Sanitário III, apesar de ter sido apenas gerencial, direciona para uma reavaliação dos gestores, pontuando formas de fazer e conduzir, trazendo a necessidade de intervir nos territórios de forma peculiar e única e que devem ser vistos e administrados com esse olhar.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização desse estudo, evidencia-se que as informações não são suficientes para uma avaliação da efetividade ou mesmo eficácia da redivisão do território no distrito sanitário III, porém sinalizam que:

- a) A redivisão trouxe maior tranquilidade, principalmente para a Microrregião 3.3, uma vez que a quantidade de equipes foi reduzida, podendo a GT estar mais próxima ao território, intercedendo de forma mais efetiva sobre os problemas, pontuando com as equipes e as comunidades. Porém, ainda assim, acredita-se que os PACS's III e VI, ambos situados em Nova Descoberta, bairro pertencente ao Território de Saúde 04, necessitam um olhar diferenciado, pelas características de vulnerabilidade e acessibilidade, por existir também, uma população em torno de 22.000 mil pessoas, respectivamente, com 15 e 26 Agentes Comunitárias de Saúde, lotados entre os dois PACS's.
- b) Necessita ser realizada uma revisão e readequação do Estatuto de Servidor Municipal.
- c) A importância em ser garantida aos Distritos Sanitários maior autonomia administrativa com descentralização financeira.
- d) A necessidade das Coordenações das Políticas de Saúde estarem efetivamente mais próximas da realidade dos territórios.
- e) Fomentar a discussão, no nível central da Secretaria de Saúde, sobre uma nova divisão territorial para melhor gerenciamento no município do Recife.
- f) Recomenda-se novos estudos sobre o tema, para melhor adequação da gestão de território no DS III.

Espera-se que esta discussão sobre território possa favorecer a integração intersetorial, reduzindo a fragmentação existente no setor saúde e ampliando a possibilidade de cumprir seu objetivo primeiro, que é o de produzir saúde integral e efetiva para todos.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilhas da PNH HUMANIZA SUS: Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgências. Brasília, DF, 2009.a. 56p. (Série B: Textos básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilhas da PNH HUMANIZA SUS: Clínica Ampliada e Compartilhada. Brasília, DF, 2009. 64p.(SérieB: Textos básicos de Saúde).Brasilia, DF,2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH Humaniza SUS: Redes de Produção de Saúde. Brasília, DF, 2009. 54p.(Série B: Textos básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilhas da PNH HUMANIZA SUS: Trabalho e Redes de Saúde. Brasília,DF, 2004. 43p. - (Série B: Textos básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde . Cartilhas da PNH: Humaniza SUS na Atenção Básica. Brasília, DF, 2009. 36p. (Série B: Textos básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde .Departamento de Apoio a Descentralização. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2006. 60p. (Serie A. Normas e Manuais Técnicos); (Serie Pactos pela Vida; v.4).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2006.
- BARCELLOS, C. Organização Espacial, Saúde e Qualidade de Vida a Análise Espacial e o uso de Indicadores na Avaliação de Situações de Saúde. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, DF, p.129-138, 2002.
- BARCELLOS, C. Território, Ambiente e Saúde, Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2008.
- CAMPOS, G. W. S. Saúde Paidéia. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2003. 185 p.
- CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v 12, n. 2, p.301-306, 2007.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E.O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v 15, n. 2, p. 345-353, 1999.
- HAESBAERT, R.O Mito da Desterritorialização: do “fim dos territórios” à multi-territorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1994
- LAURELL, A.C. A Saúde-doença como Processo Social. In: NUNES, E.D. Medicina Social Aspectos Históricos e Teóricos. Cidade: Global, 1983.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2010

MENDES, R.; DONATO, A.F. Território: Espaço Social de Construção de Identidades e de Políticas. SANARE, Cidade, ano 4, n. 1, p. 39-42, jan./mar.2003.

MERHY, E. E. Em busca do Tempo Perdido: a Micropolítica do Trabalho Vivo em Saúde. In: MERHY, E.: ONOCKO, R.(ORG.) Agir em Saúde. Um Desafio para o Público. São Paulo: Hucitec, 1997. p.71-112.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. ALMEIDA FILHO, N. (Org.). Epidemiologia & Saúde. 6. ed.: Rio de Janeiro: MEDSI, 2009. p. 567-586.

PINTO, C. A.; COELHO, I. B. Co-gestão do Processo de Trabalho. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.) Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Hucitec, v.8. p. 323-345.

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

RECIFE. Secretaria de Saúde. Cartilha Atenção Básica à Saúde : Recife em Defesa da Vida. Recife, 2010.

RECIFE. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 7, 2006, Recife. Plano Municipal de Saúde . Recife: Secretaria de Saúde, 2006

RECIFE. Secretária de Saúde. Distrito Sanitário III. Proposta de Metodologia para Planejamento das Microrregionais : Pensando o Território. Recife, 2009 (Documento interno).

SILVA, F.S. (Org.) Os Municípios e as Redes de Atenção à Saúde no SUS. Revista CONASEMS, Brasília, DF, 2010.

SAQUET, Marcos Aurélio. Abordagens e Concepções de Território. São Paulo: Expressão Popular, 2007.