

TERRITÓRIO, TERRITORIALIZAÇÃO E TERRITORIALIDADE – 20 ANOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM SÃO SILVESTRE, JACAREÍ – SP

Marilis Bason Cury, Adriane Aparecida Moreira de Souza, Maria Aparecida Chaves Ribeiro Papali

Universidade do Vale do Paraíba/Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento, Avenida Shishima Hifumi, 2911, Urbanova - 12244-000 - São José dos Campos-SP, Brasil,
marilis.cury@gmail.com, adriane@univap.br, papali@univap.br

Resumo

O estudo busca resgatar, por meio das memórias individuais e coletivas, o período de implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no distrito de São Silvestre, no município de Jacareí -SP, que em 2024 completou 20 anos. O objetivo é revelar como as equipes de saúde têm se integrado e interagido com o capital social e cultural da comunidade. A pesquisa utiliza uma abordagem descritiva qualitativa para relacionar os acontecimentos históricos com as memórias individuais e coletivas em torno da implementação da ESF no distrito de São Silvestre. A ESF, planejada com base na análise do território material, funcional e simbólico da população, tem um grande potencial para melhorar a saúde e promover boas condições de vida. No entanto, para alcançar os objetivos propostos, é necessário um esforço coordenado dos três níveis de governo, superando a lógica neoliberal.

Palavras-chave: Território. Territorialização. Territorialidade. Estratégia de Saúde da Família. Saúde.

Área do Conhecimento: Ciências sociais aplicadas. Planejamento urbano e regional.

Introdução

O campo do Planejamento Urbano se propõe a analisar o meio urbano para definir diretrizes, políticas e estratégias para melhorar a vida das pessoas (Choay, 1965). Nesse sentido, a política pública de Saúde vem incorporando, ao longo dos anos, as estratégias utilizadas pelo planejamento urbano para indução de novas maneiras de produzir saúde nos territórios de práticas das equipes de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica (AB), que se configura como o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, delimitada por bases territoriais.

Entre os principais marcos históricos que ocorreram nessa direção, destaca-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu entre os dias 17 e 21 de março de 1996, e foi a primeira conferência na história do país a garantir a participação da sociedade na definição das prioridades para o setor. Mais de 4.000 pessoas, de diversos segmentos da sociedade, se reuniram para discutir as seguintes agendas para o avanço da política no Brasil: 'A saúde como dever do Estado e direito do cidadão', 'A reformulação do Sistema Nacional de Saúde' e 'O financiamento setorial' (CONAS, 2019). As discussões deram bases para definição dos capítulos da Saúde na Constituição Federal de 1988 e foram fundamentais para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que consolidou suas leis orgânicas em 1990 (Lei 8.080 e Lei 8.142). Desde então, saúde passa a ser compreendida como qualidade de vida, e não mais como ausência de doença.

Sabe-se que regiões com baixos padrões de vida são caracterizadas por uma acentuada deficiência de acesso aos serviços elementares, entre eles, os serviços de saúde (Rocheft, 2005), o que produz grandes iniquidades. Portanto, foi sendo iluminado o fato de que, para se garantir saúde a uma determinada população, torna-se cada vez mais necessário reconhecer os determinantes sociais do processo saúde-doença, que podem se configurar como consequência da ação ou omissão do Estado no acesso a serviços essenciais, como por exemplo, educação e saneamento básico.

Com isso, em 1994, nasce uma nova proposta de ação em saúde no Brasil, capaz de reconhecer e intervir nos determinantes sociais do processo saúde-doença, o Programa de Saúde da Família (PSF). Sua concepção foi se aprimorando e o PSF, que reunia um conjunto de ações que definiam a atuação das equipes de saúde visando melhorar as condições de vida da população brasileira, ganhou o título de Estratégia de Saúde da Família (ESF), ampliando o direcionamento de recursos federais para induzir municípios a aderirem ao modelo assistencial prioritário na Atenção Primária à Saúde (APS).

A ESF trata-se do modelo que mais aproxima a equipe de saúde da população de determinado território, dada a sua descentralização, alta capilaridade pelos municípios brasileiros e pela inserção do Agente Comunitário de Saúde (ACS) nas equipes de saúde, ator social que fortalece o elo entre famílias e comunidade com o serviço de saúde. A equipe de saúde passa a ter contato de forma mais orgânica com os determinantes sociais do processo saúde-doença, que sofre influência dos “fixos” e dos “fluxos” presentes no território. Haesbaert (2004) observa que o território como “espaço-tempo vivido” é sempre múltiplo, “diverso e complexo”, ao contrário do território “unifuncional” proposto pela lógica capitalista hegemônica. Ou seja, a ESF pretende romper com a lógica hegemônica de ofertar apenas consultas, exames e medicamentos, para enfrentar problemas sociais que afetam e interferem na condição de saúde das pessoas. Portanto, a indução da ESF surge com a perspectiva de organização da política de Saúde nos diversos territórios do imenso Brasil, criando possibilidades de intervenção no processo de adoecimento das pessoas, com o uso de tecnologias leves de cuidado em saúde (vínculo, acolhimento, escuta qualificada), que se dá pela apropriação mais subjetiva e/ou cultural-simbólica do próprio território (Haesbaert, 2004).

O presente estudo se propõe a resgatar o processo histórico da implementação da ESF no distrito de São Silvestre, que em 2024 completou 20 anos de existência, e revelar como as equipes de saúde vem se apropriando e se misturando com o capital social e cultural daquele território.

Metodologia

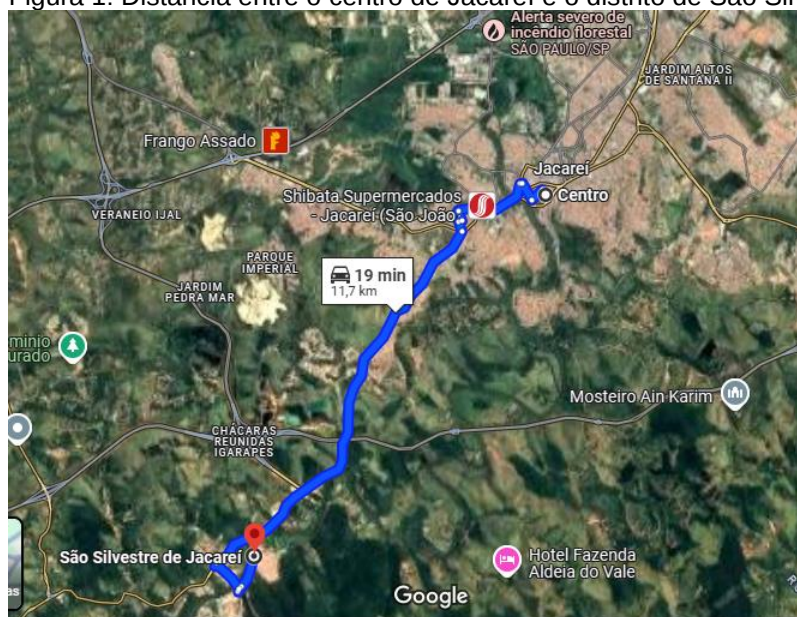
O método aplicado no presente artigo se baseia na revisão da literatura bibliográfica relacionada à Introdução ao Planejamento Urbano e Regional, com foco na implementação da política de Saúde no Brasil. Ao relacionar os fatos históricos com a memória individual/coletiva em torno da implementação da ESF no distrito de São Silvestre de Jacareí, este estudo elegeu a metodologia de abordagem descritiva qualitativa que segundo Triviños (1987), pretende descrever os fatos e fenômenos de uma determinada realidade. Quanto às fontes para elaboração do estudo foram utilizadas legislações e normas divulgadas em páginas oficiais do Governo Federal, bem como informações disponíveis em órgãos administrativos do município. Como recorte temporal, utilizou-se os marcos legais do SUS, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986 até os dias atuais.

Resultados

O SUS, concebido por meio de lutas sociais, com suas origens estabelecidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), rompeu com o modelo de saúde vinculado ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que garantia o direito ao atendimento médico apenas aos trabalhadores assalariados que contribuía para a Previdência Social. Antes da Constituição (1988), a Saúde mantinha uma estrutura hospitalocêntrica, com gestão federal e sem a participação dos usuários do sistema nas deliberações da política. Com o grande crescimento das periferias, durante a expansão urbana dos municípios brasileiros, tornou-se necessário pensar num sistema de saúde para atender a parcela da população que estava excluída dos serviços. Nelson Rodrigues dos Santos fez um longo depoimento, em dezembro de 2005, para o Observatório de Técnicos em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, esclarecendo que “Foram criadas e realizadas políticas públicas para atenuar a tensão social, que era explosiva. A saúde foi uma das que entrou nesse esforço. Os sanitaristas começaram a se dirigir aos prefeitos e a oferecer projetos para trabalhar nas periferias”. Após a Constituição Federal de 1988, a Saúde passa a ser para todos os brasileiros, com acesso universal, com gestão descentralizada e com participação da sociedade nas deliberações. Partindo das reflexões de autores que estudaram o território, a territorialização e a territorialidade, temos diferentes debates e definições sobre o território, sendo este construído não somente por suas fronteiras, uma vez que essas nem sempre são precisas ou visíveis, mas principalmente pelas relações simbólicas, estruturais e de poder que garantem a sua existência e dinamicidade. Para Santos (2009), o espaço como instância social é um conjunto indissociável entre um sistema de objetos e um sistema de ações. Para Lefebvre (1974), o espaço social concretiza-se a partir de três dimensões dialéticas: espaço vivido, percebido e concebido. Portanto, não está restrito ao seu aspecto material e físico. A APS se configura como o primeiro contato dos usuários com o SUS. As Unidades Básicas de Saúde têm a função de resolver 80% da demanda que chega aos serviços e é responsável pelo acompanhamento longitudinal dos indivíduos e famílias, em todos os ciclos de vida.

Realiza ações de proteção da saúde, de prevenção de agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e de manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral, que impacte positivamente na situação de saúde de indivíduos e das coletividades (Brasil, 2017). Como porta preferencial de entrada no SUS, as Unidades Básicas de Saúde vão construindo seu caráter simbólico ao longo do tempo, tarefa inacabada e em constante transformação. Afinal, todo território “funcional” apresenta alguma carga simbólica, por menos expressiva que ela seja, e todo território “simbólico” tem sempre algum caráter funcional, por mais reduzido que ele seja (Haesbaert, 2004). Qualificado como um espaço público, assume uma instância social de natureza híbrida, considerando tanto sua materialidade, quanto as ações sociais nele sucedidas (Santos, 1998). Em 1996 a Saúde da Família ganhou novo impulso com a Norma Operacional Básica (NOB SUS/96), resultado de amplo e participativo processo de discussão, que culminou com a assinatura da Portaria nº 2.203, publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996. A NOB (1996) teve por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios (Brasil, 1997) - 'Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão'. Isso significa dizer que, independentemente da gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços ser estatal ou privada, a gestão de todo o sistema municipal passou a ser, necessariamente, da competência do poder público municipal e exclusiva desta esfera de governo, respeitadas as atribuições do respectivo Conselho e de outras diferentes instâncias de poder (Brasil, 1997). Neste sentido, a NOB (1996) foi a proposta normativa para a territorialização na Saúde e a ESF se torna política prioritária e substitutiva para a APS. Por meio do Saúde da Família buscou-se consolidar o cuidado em saúde orientado para as famílias do território adscrito, considerando a competência cultural das famílias e da comunidade e as desigualdades injustas, desnecessárias e evitáveis (iniquidades), possíveis de serem superadas com o trabalho partilhado entre todos os membros da equipe, na contramão do modelo assistencial tradicional, que opera na lógica do cuidado individual e fragmentado entre os trabalhadores da saúde. Decorridos 10 anos desde a concepção do Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil, em 2004 o município de Jacareí - SP adere ao programa e reorienta o modelo assistencial em sete Unidades Básicas de Saúde, que passam a ser reconhecidas como Unidades Municipais de Saúde da Família (UMSF). Entre os sete serviços, jogaremos luz à UMSF São Silvestre, localizado à 16 Km de distância do centro de Jacareí, conforme mostra a figura 1.

Figura 1: Distância entre o centro de Jacareí e o distrito de São Silvestre de Jacareí



Fonte: Google Maps

O Distrito de São Silvestre foi criado pela Lei nº 2.343 de 14/05/1980, com sede no bairro de São Silvestre e com o território pertencente ao Município de Jacareí – SP. Localiza-se às margens do Rio

Paraíba do Sul, com extensão territorial de 58,173 km². Em São Silvestre estão algumas das principais indústrias de Jacareí, entre elas uma unidade da Suzano S/A, assim denominada desde 2019. A empresa foi criada em 1957, como Papel Simão Celulose e Papel, que em 1992 se tornou a Votorantim Celulose e Papel, e foi adquirida pela Fibria Celulose S.A. em 2009, formada pela fusão da Votorantim Celulose e Papel com a Aracruz Celulose.

A suburbanização e a constituição do Distrito de São Silvestre tem se dado em torno das indústrias que ali se instalaram, deslocando as classes média e operária para a periferia da cidade. A cidade deixa de ser uma entidade espacial bem delimitada (Choay, 1965), mudando a sua configuração social e espacial, transformando as áreas periféricas em novos polos urbanos. Entre os Distritos de São Silvestre de Jacareí e Jacareí temos o seguinte recorte espacial, estabelecido pela Lei nº 2.343 de 14/05/1980: começa na cabeceira do córrego do Barbosa no divisor Paraíba-Parateí; prossegue por este divisor até alcançar o divisor da margem direita do córrego da Fazenda Tanquinho; prossegue por este divisor em demanda da foz do córrego de Bom Jesus; sobe por este até o galho que contraverte com o córrego da Fazenda do Mota; alcança na contra vertente a cabeceira do córrego da Fazenda do Mota, pelo qual desce até o rio Paraíba.

O início do processo de territorialização do Distrito de São Silvestre se deu por meio do cadastramento da população adscrita. Posteriormente, a população foi dividida e vinculada a equipes de saúde específicas, constituídas por médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem, ACS, dentistas e auxiliares em saúde bucal, com o objetivo de ampliar a responsabilidade sanitária dos profissionais pelos usuários do sistema. Os profissionais vinculados a cada equipe de Saúde da Família e de Saúde Bucal iniciaram o diálogo com a comunidade local para melhor compreender a dinâmica territorial existente, identificando suas fortalezas e fragilidades, seus pontos de tensão e de distensão, identificando as lideranças comunitárias e informantes privilegiados. O objetivo da ação foi atingir, afetar, influenciar (ou controlar) pessoas, fenômenos e relacionamentos (Sack, 1986), já que o 'vínculo' é reconhecido como uma necessidade básica de saúde (Cecílio, 2006). A equipe de saúde de São Silvestre foi consolidando vínculos de afeto com a comunidade local e um sentimento de pertencimento ao território, sentimento também experimentado pela comunidade em relação ao serviço, facilitando o acesso à saúde. Corroborando com esta ideia, Haesbaert (1986) cita que a territorialidade, como um componente do poder, não é apenas um meio para criar e manter a ordem, mas é uma estratégia para criar e manter grande parte do contexto geográfico através do qual nós experimentamos o mundo e o dotamos de significado.

Um dos pontos mais fortes do processo de territorialização que possibilitou a conexão com a comunidade local foram os ganhos relacionados ao acesso. Em junho de 2004, durante a implementação do novo modelo assistencial, a equipe de saúde local se deparou com pessoas buscando por atendimento nas madrugadas, com longas filas, aguardando o momento da abertura do serviço. Os pretensos usuários da Unidade de Saúde, denominada até então de 'Postinho de Saúde' ou 'Postinho Médico', enfrentavam noites frias enfileirados em suas cadeiras de praia, regados a café, na esperança de terem suas necessidades atendidas. Muitas vezes, aqueles com maior risco de adoecimento eram excluídos do atendimento por insuficiência de vagas. À medida que os ACS foram cadastrando as famílias do território adscrito, levantando seus problemas e suas necessidades de saúde, identificando as pessoas sem acesso à Saúde pelas mais diversas barreiras (incluindo as barreiras institucionais, de locomoção, de transporte, por exemplo), foi se consolidando uma nova cultura local, visto que aqueles com maior vulnerabilidade tinham seus atendimentos priorizados, cumprindo um dos princípios doutrinários do SUS, a equidade. Para acessar a carteira de serviços ofertada pela Unidade Básica, instituiu-se o agendamento, utilizando-se o critério de risco para as priorizações. A equipe de saúde passou a ter credibilidade junto à comunidade local e o serviço de saúde foi se organizando para atender à dinâmica social, por meio de ações partilhadas com outras políticas públicas e parcerias com a indústria local. Havia, na ocasião, um sentimento muito forte que impulsionava os profissionais de saúde para as ações que geravam mudanças significativas na comunidade. Mudanças fomentadas por um ordenamento e movimento nacional de avanço da ESF no Brasil. Os atendimentos não se restringiam e não se restringem aos muros da Unidade de Saúde, os profissionais das equipes realizam ações e atendimentos nos locais mais remotos. Ações essas que, mais recentemente, foram divulgadas pela mídia e ganharam visibilidade durante a pandemia de COVID-19.

O SUS, ao adotar a ESF como modelo assistencial prioritário da APS, ganhou capilaridade nos territórios chegando a lugares onde outras políticas públicas são inexistentes.

Discussão

Ao considerarmos o recorte histórico deste artigo, constata-se que partimos de um modelo assistencial que atendia apenas aqueles com carteira de trabalho assinada (cerca de 30 milhões de brasileiros) e atingimos a maturidade de uma política pública que busca contemplar 100% da população do território nacional. A Política Pública de Saúde é o retrato de um grande pacto social, que se expressou na Constituição de 1988, garantindo aos brasileiros acesso à saúde pública, universal e gratuita.

Historicamente o SUS é marcado pelo desafio constante de provimento de recursos públicos para garantia do acesso universal à saúde. Foi apenas no ano 2.000 que se deu a vinculação orçamentária em saúde por parte de estados, municípios e governo federal, com valores mínimos a serem aplicados. No entanto, o SUS nunca contou com orçamento para atender ao preceito constitucional. A política de austeridade e a disputa constante entre setor público e privado, tem gerado um crescente desfinanciamento da Saúde (Menezes, 2019). Com o passar dos anos, o ente municipal tem cada vez mais responsabilidade sobre a saúde de sua população e o Governo Federal avança num crescente desfinanciamento da saúde, aprofundado pela Emenda Constitucional 95, de 2016. O grande paradoxo é: como manter um sistema universal em saúde com a necessidade de contenção de gastos?

A ESF, criada num contexto de reforma para atender as demandas crescentes da sociedade marginalizada e excluída de serviços essenciais, configura-se como um projeto territorial inacabado e, frente ao aprofundamento da desigualdade social no país, necessita de mais recurso para manutenção das ações em saúde.

Conclusão

Nos territórios de atuação das equipes de Saúde da Família, a cultura está em um contínuo fluxo, dado pelas interações sociais que ocorrem entre os profissionais de saúde e a comunidade local, gerando processos de transformação nesses grupos sociais (Barth, 2005). A Estratégia de Saúde da Família, planejada pela análise do território material, funcional e simbólico de determinada população, atravessada pelas múltiplas territorialidades presentes (Haesbert, 2004), tem enorme potencial para melhorar a saúde e promover boas condições de vida às pessoas. No entanto, necessita de um alinhamento de esforços que promova maior envolvimento de gestores e responsabilidades partilhadas entre os três entes federados, que se sobreponha também à lógica neoliberal que planifica ações e desconsidera as características e singularidades de cada território.

Referências

ASSEMBELIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Lei nº 2.343, de 14 de maio de 1980. Altera o Quadro Territorial-Administrativo do Estado, criando distritos.

BARTH, F. Etnicidade e o conceito de cultura. Antropolítica, Niterói, n. 19, p.15-30, 2. sem. 2005.

BRASIL. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96 - Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS celebra 30 anos da Estratégia Saúde da Família. Disponível em: <http://saude.gov.br>. Acesso em 02/06/24.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CECÍLIO, L. C. O., Matsumoto N.F. Uma taxonomia operacional de necessidade de saúde. In: Pinheiro AF, Ferla A.A., Mattos R.A., organizadores. Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC, Caxias do Sul: EdUCS/UFRS; 2006. p. 37-50.

CHOAY, F. O urbanismo. São Paulo: Perspectiva, 1975.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://saude.gov.br>. Acesso em 09/06/22.

FARIA, R. A territorialização da Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde do Brasil. Revista Ciênc. saúde coletiva; nov 2020.

LEFEBVRE, H. A produção do espaço. Trad. Doralice Barros Pereira e Sérgio Martins (do original: La production de l'espace. 4 éd. Paris: Éditions).

HAESBAERT, R. Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade.

HALBWACHS, M. A Memória Coletiva e o Espaço: Memória Coletiva. São Paulo: Vértice, 1990.

MENEZES, A. P. R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 5, p. 58-70, dez. 2019.

ROCHEFORT, M. Das redes urbanas à dinâmica do espaço francês, 2005.

SANTOS, M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. 4. ed. São Paulo, SP: Edusp, 2009.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.