



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE DIADEMA
SECRETARIA DA SAÚDE
UBS PIRAPORINHA**

DANIELA SILVA CAMPOS

KARINA BERNARDINO DA SILVA

**PROCESSO DE RETERRITORIALIZAÇÃO NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE PIRAPORINHA EM DIADEMA – SP**

O processo de trabalho na Atenção Básica incorpora o conceito de território como ferramenta metodológica fundamental ao entendimento do contexto local para adequado planejamento e organização dos serviços. Entretanto, o território encontra-se em constante alteração, sendo primordial a avaliação da necessidade de ajustes em possíveis distorções. Na Unidade Básica de Saúde Piraporinha foram percebidas deformidades significativas na divisão do território, optando-se por iniciar um processo de reterritorialização, adequando o número de famílias por equipe e a divisão geográfica de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Diadema
2020**

INTRODUÇÃO

A experiência descrita no presente relatório teve como objetivo a reorganização do território da UBS Piraporinha, localizada na município de Diadema.

A cidade de Diadema compõe, assim como Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Mauá, Rio Grande da Serra e Ribeirão Pires, a sub-região do Grande ABC Paulista (Grande ABCD), a qual está inserida na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP).

Segundo estimativa do IBGE são 423.884 habitantes distribuídos em uma área total de 30,7 Km², 100% urbanizada e que representa 3,7% do território do Grande ABCD e 0,4% da RMSP.

Até a década de 1940, a região de Diadema era constituída por quatro povoados pertencentes a São Bernardo: Piraporinha, Eldorado, Taboão e Vila Conceição. Sendo Piraporinha o mais próximo a São Bernardo.

Até os anos 1950 Diadema não tinha nenhuma importância econômica regional e pouco sentiu os efeitos da industrialização em São Paulo. Pouco depois, o governo estadual optou pelo escoamento da produção por rodovias ao invés de ferrovias. Em 1947 foi inaugurada a Via Anchieta, atraindo ao longo da estrada grandes indústrias multinacionais. Diadema atraiu principalmente pequenas e médias empresas brasileiras que produziam, em sua maioria, objetos complementares para as multinacionais.

Em 1948 criou-se o Distrito de Diadema e 10 anos depois a realização de um plebiscito resultou em sua emancipação. Já em 1959 realizaram-se as primeiras eleições e no dia 10 de janeiro de 1960, com a posse dos eleitos, se instalou oficialmente o novo município.

Como um dos primeiros povoados do município, Piraporinha teve grande importância no século XVIII durante ao início da mineração do ouro no Brasil. Como caminho para uma das principais jazidas, localizada no atual município de Embu, foi criada uma via de ligação entre São Bernardo do Campo e Santo Amaro com uma parada denominada Piraporinha. A rota possibilitou a chegada

de moradores e originou, muito tempo depois, as Avenidas Antônio Piranga e Piraporinha.

A localização estratégica entre São Paulo e o Litoral foram cruciais para o povoamento da região. Desde 1769 grande parte das terras era de propriedade de uma única família, os Pedroso de Oliveira. Em virtude da movimentação, uma capela chamada Bom Jesus da Pedra Fria foi construída por José Pedroso de Oliveira. Devido ao grande aumento de moradores, a capela futuramente iria ser substituída pela de Bom Jesus de Piraporinha que permanece atualmente no centro do bairro.

Figura 1: Igreja Bom Jesus de Piraporinha, Diadema (SP).



Fonte: IBGE.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Piraporinha foi inaugurada no final da década de 1970 como posto de puericultura e de administração de algumas vacinas. Funcionava em uma casa com dois cômodos no mesmo endereço da atual UBS. Ao final da década de 1990, com o início da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município e a escolha da UBS Piraporinha como primeira Unidade para se implantar a estratégia, houve necessidade de mudança de endereço para acomodação dos profissionais e ampliação da oferta de serviços. Passando a funcionar na Rua Baibiris de 1999 até o final de 2002, retornando para o endereço original em um prédio reformado e adequado às novas necessidades.

O trabalho desta UBS na ESF foi iniciado mediante o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em Outubro/1999. Foram contratados 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 1 Enfermeiro e 2 Médicos de Família com o intuito de realizar os cadastros das famílias do território valendo-se do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Os ACS encontraram dificuldades no primeiro contato com as famílias que se recusavam a fornecer informações para o cadastro, motivados pela desconfiança devido os ACS trabalharem sem a identificação adequada (crachá e colete) além da estranheza com a nova proposta.

Em 2001 ocorreu a implantação de 2 equipes de saúde da família cada uma composta por 1 médico de família, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 5 agentes de saúde. Após 2 anos foi implantada a 3ª equipe de saúde com a incorporação da Equipe de Saúde Bucal.

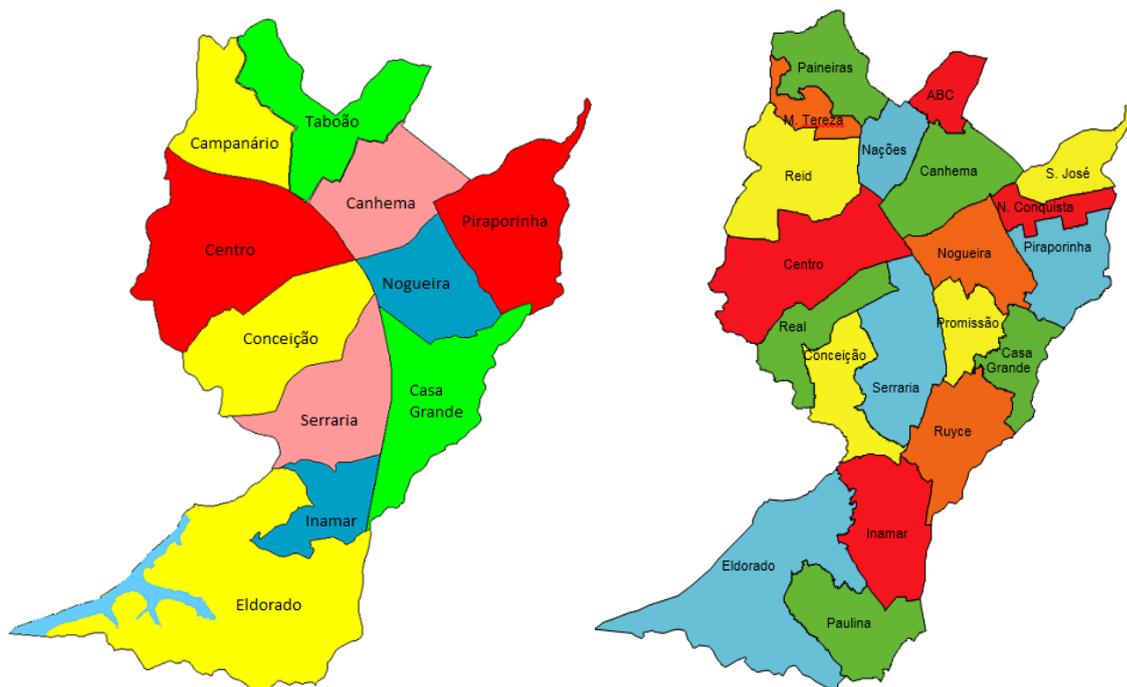
Inicialmente a UBS Piraporinha teve o território definido por um processo realizado em 1996. O conceito de territorialização compõe como diretriz a Lei 8080/90 e segundo Livia Oliveira Coutinho:

A territorialização, preconizada pelo Sistema Único de Saúde, é um dos pressupostos básicos da organização do processo de trabalho do Programa de Saúde da Família. O reconhecimento do território da área adstrita à uma Unidade Básica de Saúde é essencial para a caracterização da população e de seus problemas de saúde. Esse conhecimento, que vai além de uma simples descrição de sua população e serviços de saúde delimitados por famílias, é uma importante ferramenta de gestão no processo de cuidado e construção de saúde coletiva.

Adiante, com a adoção da ESF como diretriz para o processo de trabalho, ocorreu o primeiro processo de territorialização da UBS para definir o território sob responsabilidade de cada equipe, usando como fonte de dados para divisão os setores censitários do IBGE.

Já o território municipal está dividido em 11 bairros, porém a Secretaria de Saúde segue outra forma de distribuição, conforme os princípios da territorialização em Saúde, a qual difere da divisão político-administrativa conforme demonstrado na Figura 02. Atualmente são 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS), às quais correspondem 20 territórios de saúde (Áreas de Abrangência).

Figura 2 - Mapas da divisão político-administrativa e das áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde de Diadema, 2018.



Fonte: Perfil Epidemiológico de Diadema, 2018.

A implantação do SIAB em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS) foi de fundamental relevância para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF).

Utilizado como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde, incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária, completamente inserido no contexto de reorganização do SUS no país, o que fez com que assumisse características distintas dos demais sistemas existentes. O SIAB concentrava informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde. A partir de então, o SIAB foi adotado como fonte de informações para estruturação e planejamento do trabalho das equipes.

Ao longo dos anos a divisão do território passou por redimensionamentos na tentativa de corrigir distorções e operar as adequações necessárias por conta de sua dinamicidade, porém esses processos se davam de forma simplificada considerando somente dados quantitativos, sem a necessária análise geográfica e sociodemográfica.

A partir de 2014 ocorreu uma mudança no sistema de informação da Atenção Básica, sendo extinto o SIAB e adotado o e-SUS AB. Entretanto, não se efetuou transição entre os sistemas. A interrupção abrupta do SIAB acarretou na perda de dados empregues no acompanhamento e planejamento das estratégias de saúde.

Com a implantação do e-SUS AB iniciou-se a produção de cadastros individuais e domiciliares, sendo que a inserção dos dados no sistema seria realizada por digitadores com

contratação prevista pela Secretaria de Saúde do Estado. Em julho de 2016 definiu-se que a digitação seria feita pelos ACS e não mais pelos digitadores. Foi efetuado treinamento em nível central para todos os ACS e a partir de agosto/2016 estabeleceu-se a digitação das fichas pelos no e-SUS offline com exportação dos dados mensalmente para Unidade de Avaliação e Controle (UAC).

Em março/2017 com a cobrança do Ministério da Saúde, prazo para implantação do e-SUS sob risco de corte no repasse do Piso de Atenção Básica (PAB) e o resgate do trabalho na ESF como diretriz proposta pela nova Coordenação de Atenção Básica, optou-se pela contratação emergencial de digitadores pelo prazo de 90 dias.

Com a chegada de três digitadores ao final de março/2017 foi implantado um sistema de digitação online; neste momento a base local do e-SUS estava com 1.481 domicílios e 4.453 pessoas inseridas. Ao término do contrato em julho/2017 registrava 3.680 domicílios e 10.714 pessoas cadastrados, sendo que a continuidade da digitação passaria a ser de responsabilidade dos ACS. Em março/2019, segundo relatório do sistema constava na base 4.795 domicílios e 13.909 pessoas cadastradas na área de abrangência.

Em 2017 com início da nova gerência da UBS foi proposto o processo de redivisão do território que só se concretizou em 2019, evidenciado por distorções percebidas em dados quantitativos e identificação de distorções na divisão geográfica das microáreas.

A proposta inicial seria começar pela redistribuição da população referenciada à Equipe 002 que se caracterizava por uma procura intensa aos serviços da Unidade quando comparado às demais equipes. Após iniciadas as discussões percebeu-se que o número de famílias / pessoas cadastradas bem como a área territorial era a menor e bem distribuída, ademais, geograficamente sem possibilidade de ser incorporada por outras equipes. Na sequência o grupo identificou através do mapa grandes disparidades em números de famílias por ACS e microáreas sem adscrição de território formando ilhas dentro da equipe.

METODOLOGIA

Inicialmente foi realizada reunião com apoiador institucional e o Coordenador de Atenção Básica para cientificar e discutir a proposta de redivisão da área. Posteriormente foram compiladas informações que auxiliassem na execução do trabalho.

O intento original seria servir-se da base de dados do e-SUS AB, considerando ser a fonte de informações oficiais para embasar o diagnóstico do território e planejamento das ações. A concepção dos relatórios consolidados de Cadastro Domiciliar e Territorial e Cadastro Individual mostrou que apesar da base de dados conter informações relevantes para fundamentar o processo, ao utilizá-lo como fonte para disparar as discussões, foi identificado que as informações contidas eram discrepantes e não refletiam a realidade populacional, ocasionado por erros de implantação e alimentação do sistema.

Diante da problemática optou-se por utilizar dados fornecidos pelos ACS retirados dos cadastros manuais. A contabilização foi realizada durante o mês de março/2019.

No mês seguinte os ACS passaram por treinamento de monitoramento, englobando a revisão dos Cadastros Individuais e Domiciliares com o objetivo de qualificar a coleta e registro das informações. Neste momento foram necessárias visitas ao território para o levantamento de casas fechadas e terrenos vazios, dados importantes e que se mostravam inconsistentes.

Em Reunião Geral decidiu-se pela formação de um Grupo de Trabalho (GT) para iniciar o processo de reterritorialização. O GT foi constituído pela gerente Daniela Silva Campos, enfermeira Maria de Lourdes Caixeta, ACS da Equipe 001 Sílvia Neves de Almeida Lessa, ACS da Equipe 002 Rosária de Fátima Maraveli Fernandez, ACS da Equipe 003 Lucineide de Araújo Arienti e agente administrativo Karina Bernardino da Silva. Estabeleceu-se uma agenda de reuniões regulares para discussão e execução dos trabalhos.

O primeiro trabalho do GT foi realizar visitas à área de abrangência com o objetivo de visualizar os limites geográficos entre as equipes e identificar barreiras.

Para nortear as discussões seria necessário utilizar também o mapa do território com a delimitação de cada área e microárea, sendo solicitado aos ACS representar a divisão em mapa impresso pelo Serviço de Cartografia. Visando o apoio ao processo foi elaborado o Perfil Populacional de cada área.

A metodologia seria embasada pelas diretrizes da territorialização através de uma análise criteriosa dos dados levando em conta perfil epidemiológico, barreiras de acesso e o mapa territorial. Em poder das informações citadas, o grupo iniciou o ciclo de reuniões.

A primeira delas ocorreu em 27/05/2019 e foi pautada pela análise dos dados obtidos e propostas para adequação das áreas.

No segundo encontro de 04/06/2019, após o devido crivo, foi definido que 190 famílias da Equipe 003 (Avenida Pôr do Sol) passariam para a Equipe 001, além de uma pequena adequação de 30 famílias da Equipe 002 para Equipe 003 (Rua Ataulfo Alves). Dentro do território da Equipe 002 houve o ajuste de duas ruas entre as Micros 01 e 02. Foi desenhado, portanto, novo mapa com a 1ª proposta de redivisão de microárea das Equipes 001 e 003. A ferramenta “My Maps” foi a utilizada para confecção dos novos mapas.

Em 12/06/2019 as divisões foram revisadas tendo os limites das áreas repassados e aprovados. Instituiu-se a sistematização do processo de adequação, confecção e entrega de novos cartões família, recadastramento das microáreas pelas ACS nas fichas e sistema e-SUS AB, assim como a alteração no arquivo de prontuários da Unidade e sistema local de dados. Pactuou-se que o processo seria realizado de maneira progressiva, uma microárea por vez e com alternância entre o trabalho realizado na área, ou seja, a troca de cartões e atualização de fichas de cadastros, e o trabalho interno, com as alterações no arquivo da Unidade e na base do e-SUS.

Como quarta e última reunião, em 28/06/2019 o GT se encontrou para finalizar o trabalho teórico e programar o início das ações práticas. Todavia, a Equipe 003 sugeriu que parte de seu território (início Avenida Pôr do Sol) totalizando 50 famílias fosse transferido para Equipe 001. Sendo considerado pertinente pelo GT e aceito como mudança.

RESULTADOS E ANÁLISE

Para assegurar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde é primordial a constante reorganização dos processos de trabalho buscando fortalecer e qualificar a rede de serviços. Portanto, garantir uma divisão territorial adequada permite a aproximação dos conceitos de universalidade de acesso, integralidade do cuidado e equidade da atenção.

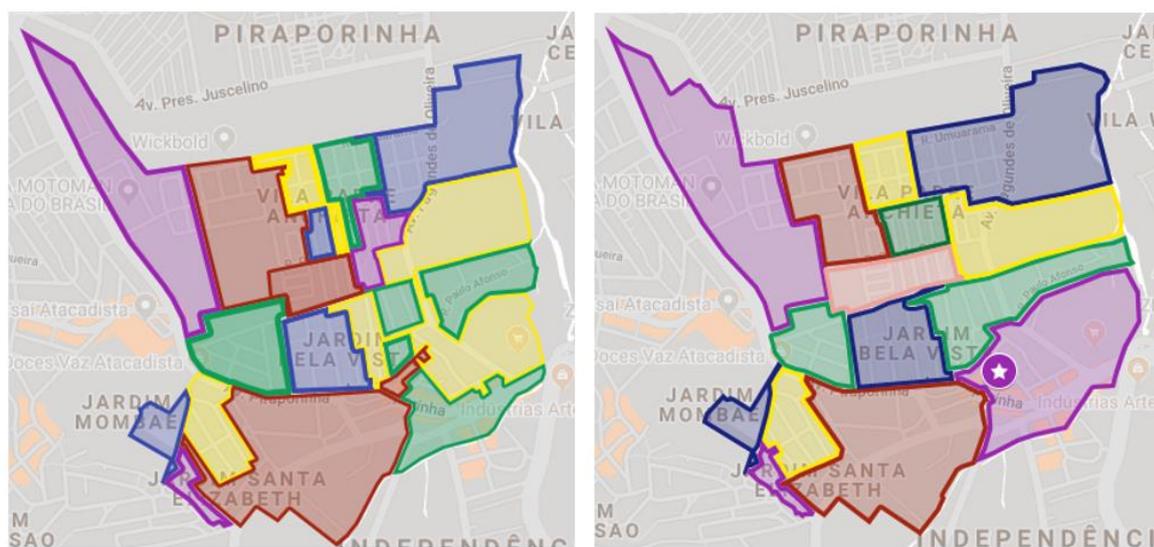
Na ESF o conceito de território deve ser expandido, considerando não somente a demarcação de limites da área de atuação da UBS e suas equipes, mas também reconhecer o ambiente, a população e a dinâmica social existentes (Pereira e Barcellos, 2006). A somatória

dessas características, quando identificadas pela Unidade, influencia diretamente no cuidado qualificado e no processo de trabalho multiprofissional.

A divisão anterior ao processo de reterritorialização apresentou-se como uma evidência de que com as mudanças do território, sejam elas naturais ou realizadas pelo homem, o olhar da equipe para a totalidade do conceito de Território em Saúde não pode se perder.

Conforme a demanda e as alterações ocorrem, sem o devido estudo e preparo, o território descaracteriza-se. Em concordância, as figuras abaixo mostram o desenho das porções de cada microárea. No mapa à esquerda pode-se observar as chamadas “ilhas”, onde uma ACS possuía área dentro do território de outra.

Figura 3: Área de abrangência da UBS Piraporinha antes (à esquerda) e após (à direita) o processo de reterritorialização.



Um dos grandes desafios da reterritorialização é realizar uma divisão geograficamente coerente e simultaneamente respeitar as características ambientais e populacionais. Haja vista a busca por equilíbrio no número de famílias entre equipes e microáreas, o bairro Jardim Por do Sol, dividido entre as Equipes 001 e 003, mostrou-se particularmente laborioso. Trata-se de uma região bastante populosa e com um desenho de quarteirões peculiar, dificultando a migração entre áreas.

Observando a realidade socioeconômica da área de abrangência, definiu-se que a Equipe “002 – Santa Elizabeth” manteria um número de famílias vinculados menor quando comparado as demais. De modo geral o bairro caracteriza-se por grande vulnerabilidade social, sendo a equipe mais demandada. Além de a Avenida Piraporinha colocar-se como uma barreira geográfica as possíveis alterações. Foram realizados, portanto, apenas ajustes entre as microáreas, objetivando maior equilíbrio entre elas.

Tabela 1 – Comparativo do número de famílias antes e após a reterritorialização.

Equipe	Antes	Depois
001 – Padre Anchieta	2.009	2.066
002 – Santa Elizabeth	1.594	1.449
003 - Piraporinha	2.189	1.973
TOTAL	5.792	5.488

A reterritorialização possibilitou inclusive uma organização e atualização mais precisa dos cadastros. Foram identificadas e corrigidas inconsistências como: famílias que haviam se mudado do território, duplicidades, entre outros. Fato responsável por ligeira queda no número de famílias vinculados pós redivisão.

Os gráficos a seguir detalham as variações nos números de famílias por equipe e respectivas microáreas antes e depois da reterritorialização. Foi possível conciliar as características do território e sua população, assim como manter certa proporcionalidade dentro da equipe.

Gráfico 1 - Variação no número de famílias vinculadas à Equipe 001 - Padre Anchieta.

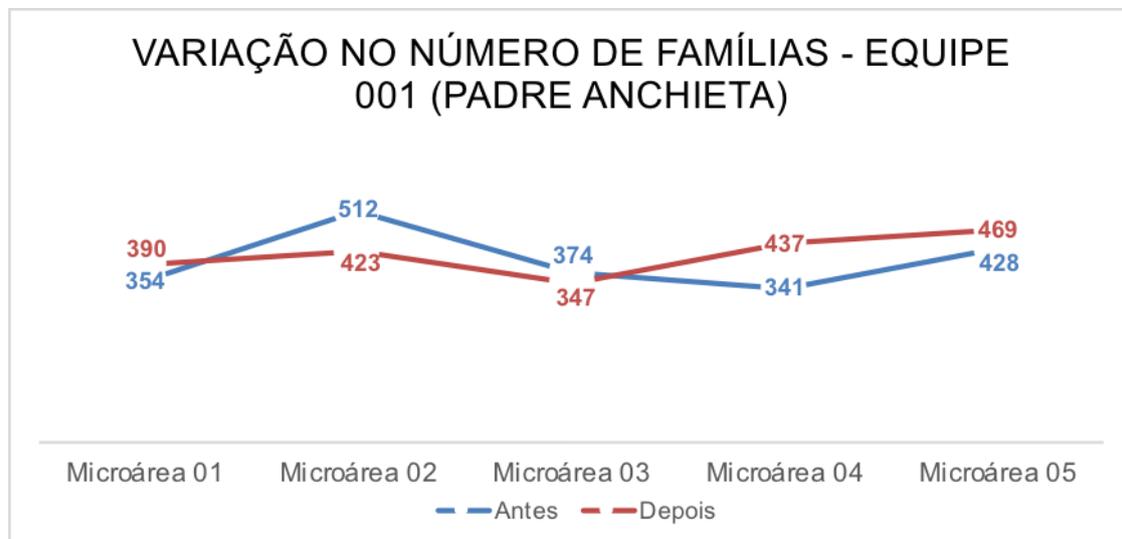
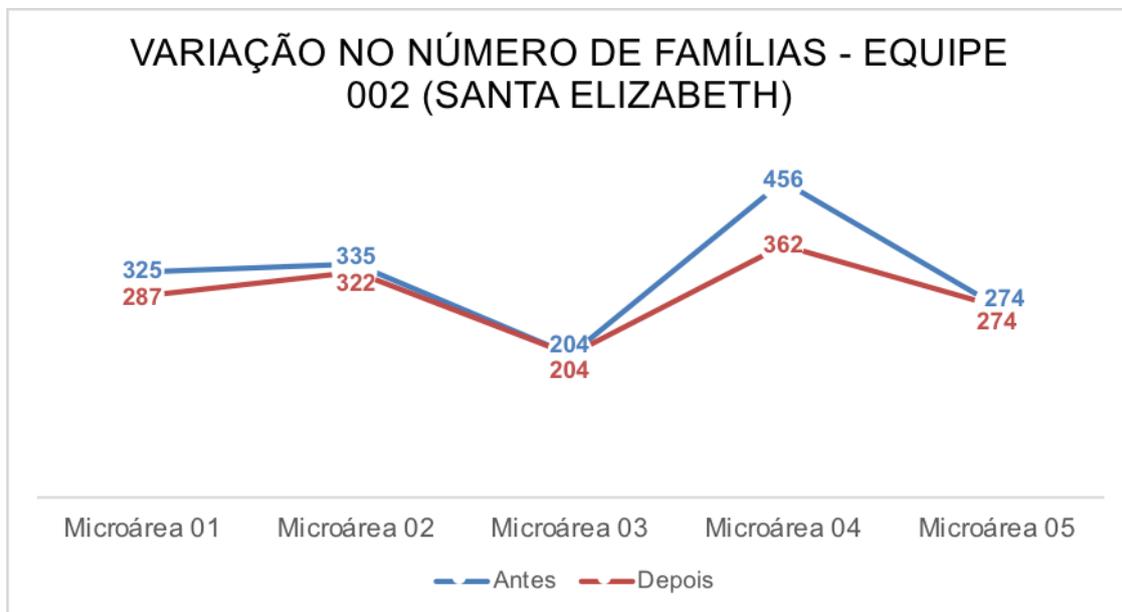
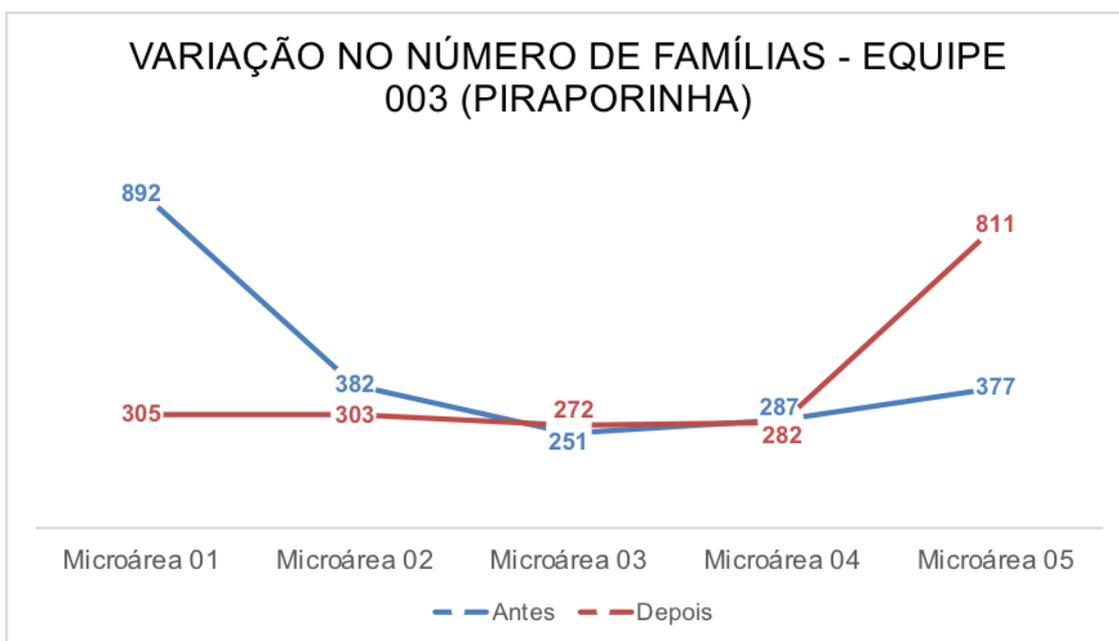


Gráfico 2 - Variação no número de famílias vinculadas à Equipe 002 – Santa Elizabeth.



Na equipe “002 – Santa Elizabeth” há um condomínio com 258 apartamentos e que foi mantido na microárea 04, resultando a discrepância com as restantes.

Gráfico 3 - Variação no número de famílias vinculadas à Equipe 003 – Piraporinha.



Igualmente, a equipe “Equipe 003 – Piraporinha” abrange condomínio com 650 apartamentos que foi da microárea 01 para micro 05.

DISCUSSÃO

As práticas de territorialização devem oportunizar apreensão e compreensão do território, assim como a reflexão de todas as partes que o compõe (SILVA et al., 2011). Assim sendo todo processo de trabalho foi pensado e executado com objetivo de adequar as grandes distorções identificadas levando a uma melhor divisão do território para garantir às ESF e a população um equilíbrio entre oferta e demanda através do quantitativo de famílias/ pessoas por equipe e também seguir diretrizes da territorialização em saúde mantendo áreas e microáreas adscritas.

Porém vale salientar alguns pontos importantes no decorrer desse processo, durante as discussões realizadas GT houve tensões e conflitos, considerando que grande parte das ACS trabalham há certo tempo na UBS e com a redivisão deixariam de ser a referência para boa parte de suas famílias/ indivíduos levando a um sentimento de angústia, tristeza e perda, pois a principal ferramenta de trabalho das ACS é o vínculo que estabelecem com as pessoas em sua microárea. Além do mais algumas adequações apesar de extremamente necessárias causaram insatisfação para algumas ACS que discordaram de algumas delimitações acertadas, mesmo que pontualmente comparado a grandeza de todo o processo.

Considerando que a territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da Atenção Básica, analisar o território, identificar problemas, propor ajustes e encarar o desafio de reorganizar a área de abrangência não somente com olhar de delimitação no mapa e sim levando em conta o perfil populacional e seus determinantes de saúde é sem dúvida um salto de qualidade para o processo de trabalho local e redução de possíveis inequidades.

Apesar das dificuldades enfrentadas ao longo do processo e de desgastes ocorridos durante as discussões, indiscutivelmente o resultado final foi excelente, trazendo para a realidade grande parte daquilo que foi idealizado, como podemos observar no mapa anterior e posterior ao trabalho do grupo.

CONCLUSÃO

Ao final de todo o processo e do árduo trabalho desenvolvido por todos os envolvidos na reterritorialização, pode-se concluir que a divisão territorial proporcionou maior equilíbrio populacional por área e microárea, organização local, resgate da importância do território para planejamento das ações e maior apropriação por parte das equipes pelo seu território, qualificando dessa forma a assistência e garantindo solidez ao gerenciamento do serviço.

BIBLIOGRAFIA

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

COUTINHO, Livia de Oliveira. Territorialização: reorganização das áreas de cobertura das equipes da unidade de Saúde da Família Maria da Conceição do município de Contagem-Minas Gerais. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Contagem, 2016. 32f. Monografia (Especialização em Estratégia Saúde da Família).

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.

SILVA DR, OLIVEIRA LC, SAMPAIO JLF. O processo de territorialização da residência multiprofissional em saúde da família/comunidade, fortaleza, ceará, brasil. Revista Geográfica de América Central. 2011;(esp).

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