

Análise de situação de saúde: um olhar a partir do território

Health situation analysis: a look from the territory

Rafael Zaneripe de Souza Nunes¹, Natan Gonçalves de Lima João², Maria Eduarda Cardoso³, Gabriela Silveira Maciazeki⁴, Marcos Bauer⁵, Vanessa Pereira Corrêa⁶, Letícia Monteiro Bettiol⁷, Lisiane Tuon⁸

1. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6195-0400>. Psicólogo. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Extremo Sul Catarinense. Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil.

E-mail: rafaelzaneripe.psico@gmail.com

2. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3141-0235>. Cirurgião-dentista. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade do Extremo Sul Catarinense. Residente em Atenção Básica e Saúde da Família pela Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil.

E-mail: ntanlima@gmail.com.

3. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8725-2611>. Nutricionista. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade do Extremo Sul Catarinense. Residente em Saúde Mental pela Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil.

E-mail: eduardaoliveirac97@gmail.com.

4. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8751-8763>. Cirurgiã-dentista. Residente em Atenção Básica e Saúde da Família pela Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil.

E-mail: gabriellamaciazeki@unesc.net.

5. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5890-1539>. Profissional de Educação Física. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade do Extremo Sul Catarinense. Residente em Atenção Básica e Saúde da Família pela Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil.

Email: marcosbauer@unesc.net.

6. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8972-2231>. Fisioterapeuta. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

E-mail: nessaaacorrea@gmail.com.

7. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9977-8116>. Fisioterapeuta. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade do Extremo Sul Catarinense. Residente em Atenção Básica e Saúde da Família pela Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil.

E-mail: leticiamonteirobettiol@gmail.com

8. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0809-0712>. Fisioterapeuta. Doutora em Medicina e Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil.

E-mail: ltb@unesc.net

CONTATO: Rafael Zaneripe de Souza Nunes | Endereço: Av. Universitária, 1105 - Universitário, Criciúma - SC, 88806-000 | Telefone: (48) 984050833 | E-mail: rafaelzaneripe.psico@gmail.com.

RESUMO

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e se faz de extrema importância conhecer o território. O estudo se baseou no mapa territorial das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para avaliar a situação de saúde da população. Tratou-se de um estudo guarda-chuva, transversal, quantitativo e censitário das UBSs, realizado em um município do extremo sul catarinense em março de 2022. Dos resultados, destacou-se que a maioria das unidades são ESF (81,8%). Para tanto, verificou-se a importância do mapa territorial como ferramenta de trabalho, sendo composto, principalmente, por microáreas (86,3%), seguido por grupos de agravo (63,6%) e por áreas de risco (45,4%). Entretanto, foi possível observar irregularidade temporal na atualização dos mapas, o que denota uma lacuna no acompanhamento das equipes frente ao território.

DESCRITORES: Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Territorialização da Atenção Primária. Mapa.

ABSTRACT

Territorialization is one of the Family Health Strategy (FHS) work basic assumptions so it is extremely important to know the territory. The present study was based on the territorial map of the Basic Health Units (BHU), to assess the population` health situation. This is an umbrella, cross-sectional, quantitative and census type study of the UBSs, carried out in march 2022 in a municipality in the extreme south of Santa Catarina. With regard to the results, it is noteworthy that most units are FHS (81.8%). For this purpose, there is the importance of the territorial map as a working tool and it is observed that it is composed mainly by micro areas (86.3%), grievance groups (63.6%) and risk areas (45.4%). However, it was possible to observe a temporal irregularity in updating the maps, which denotes a gap in the monitoring on the part of the teams across the territory.

DESCRIPTORS: Unified Health System. Primary Health Care. Territorialization in Primary Health Care. Map.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como meta o aprimoramento das diretrizes da integralidade, da universalidade, da equidade, da territorialização e da descentralização, preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, um dos componentes principais para garantia desse processo é o Agente Comunitário de Saúde (ACS), o qual mantém um elo entre os usuários e os componentes das unidades. Para facilitar e compreender o trabalho dos ACSs e dos demais profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) nas suas áreas de atuação, é necessário visualizar o território como categoria geográfica¹.

Conforme a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a equipe da Atenção Básica tem como diretriz conhecer o território sob sua responsabilidade de modo que possam ser realizados o planejamento e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde da coletividade que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade². Nesse sentido, a territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF. No entanto, essa tarefa adquire, pelo menos, três sentidos diferentes e complementares: a) demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; b) reconhecimento do 'ambiente', da população e da dinâmica social existentes nessas áreas; e c) estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais, como centros de referência³.

Na medida em que o planejamento da Educação em Saúde se afasta do modelo biomédico e se adequa à reorientação do SUS, o conhecimento sobre o processo de territorialização se torna ferramenta necessária para que a transição entre tais modelos de aprendizado ocorra de modo fluido e funcional, especialmente no contexto da Atenção Básica⁴.

Uma forma de identificar os problemas e as demandas dos usuários das unidades de saúde é o conhecimento do seu território. O mapeamento e os seus procedimentos são ferramentas úteis para a interpretação e a sistematização da área pertencente à unidade. O mapa do território, por sua vez, tem como seu principal objetivo representar graficamente a área de abrangência da equipe de saúde, pois permite a visualização espacial do território, o que serve como ferramenta para compreender suas particularidades⁵.

Na mesma perspectiva, pode-se destacar o conceito de Análise de Situação de Saúde (Asis). Em meio à sua dinâmica, ela procura caracterizar, mensurar e explicar o processo de saúde-doença de uma população, além de definir prioridades para as estratégias de intervenção e de planejamento dos serviços com o diagnóstico da realidade local⁶.

A Asis é uma ferramenta que facilita a identificação de necessidades e de prioridades, bem como a identificação de intervenções e de programas adequados, além de avaliação do seu impacto na saúde, que passou a ser requerida devido à crescente complexidade do perfil das doenças prevalentes e da organização dos serviços; assim, envolve inúmeras dimensões da saúde⁷. Portanto, além da avaliação do estado de saúde, do dimensionamento dos determinantes referentes às condições de vida e dos fatores de risco para doenças crônicas, é essencial para a análise de situação de saúde e assume maior relevância quando políticas de promoção de saúde passam a ser efetivamente adotadas⁸.

Segundo a PNAB, ter o conhecimento da população adstrita em seu território corrobora para um melhor planejamento, para uma programação adequada e para o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais, baseadas nos fatores condicionantes e determinantes de saúde, conforme o princípio da equidade. Dessa forma, a territorialização é um dos princípios norteadores da PNAB. Ainda assim, vale ressaltar a diferença entre dois termos importantes que abrangem a temática aqui abordada: a cartografia e o mapeamento territorial, sendo que este busca demonstrar as disposições sociais, as características particulares em nível individual e coletivo e os espaços de ações sociais que, de modo direto e indireto, implicam em influências sobre os determinantes sociais das doenças²; e aquela visa a cartografar e a normatizar os aspectos da realidade, ou seja, perpassa os conhecimentos da saúde, porque analisa, em conjunto, condições culturais, políticas e sociosanitárias⁹

Para a confecção do mapa territorial, primeiramente é necessária a definição da área; esse reconhecimento é feito pela equipe da UBS. Para tal, devem ser levados em conta diversos fatores, como os limites geográficos, a divisão das microáreas, a localização dos equipamentos sociais do local, além dos aspectos epidemiológicos e das características culturais e sociais. Após a realização do mapa estático, é realizado o mapa inteligente, caracterizado pela possibilidade de ser atualizado. Como o mapa serve de estratégia para uma melhor visualização da região sob responsabilidade da ESF, sugere-se que nele estejam, além das áreas geográficas demarcadas, as

características sociais, sanitárias, educacionais e de segurança⁵. O mapeamento, então, analisa a delimitação espacial da atuação de um serviço de saúde, uma vez que oportuniza um melhor reconhecimento das necessidades da população.

Sendo assim, a partir de um correto mapeamento do território associado à cartografia da população local, é possível conhecer as reais necessidades e as demandas de saúde da população. Informações essas que podem funcionar como um subsídio para o planejamento de ações voltadas para as condições epidemiológicas e sociodemográficas do território, o que oferece um atendimento de saúde mais resolutivo para a comunidade local¹⁰.

Outrossim, a partir do mapa territorial, as equipes de saúde podem conhecer as famílias adstritas em seu território, bem como os principais problemas de saúde e as situações de vulnerabilidade, o que possibilita a elaboração de programas e de estratégias que auxiliem no enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, a partir de um atendimento integral e humanizado para toda a população sob sua responsabilidade^{1,10-13}. Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo analisar o uso e as características da ferramenta do mapa territorial nos pontos de APS de um município de médio porte localizado no extremo sul catarinense.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo guarda-chuva, transversal, de natureza quantitativa, com base censitária no nível das UBSs, realizado em um município do extremo sul catarinense em março de 2022, que buscou realizar a análise de situação de saúde dos pontos de atenção primária à saúde. No presente estudo, utilizaram-se as variáveis relacionadas ao uso e às características da ferramenta do mapa territorial, recortadas do banco de dados do projeto. O município está localizado na mesorregião Sul Catarinense. No último censo, realizado em 2010, a população era de 192.308 habitantes e o município era o quinto maior em número de habitantes. Em 2019, o IBGE estimou 215.186 habitantes.

No total, são 48 UBSs que compõem a APS do município; dessas, 46 estavam elegíveis para participar do estudo, ou seja, a estrutura física não estava em reforma e/ou construção – entre ESF, UBS e ESF/UBS. Em virtude dos dados faltantes (e.g., erro de digitação e/ou preenchimento, ou a não transposição dos questionários físicos para o banco de dados digital), contabilizaram-se, no presente estudo, dados de 44

unidades, as quais compõem a amostra final.

Por se tratar de um estudo guarda-chuva, foram construídos três questionários: a) Bloco A – sobre a estrutura física da unidade, como disponibilidade de insumos, disponibilidade de imunobiológicos, acessibilidade e condições da instalação; b) Bloco B – atribuições dos profissionais de saúde da atenção primária, a fim de compreender suas percepções sobre o processo e organização do trabalho e; Bloco C – percepção dos usuários sobre os procedimentos, a organização, o funcionamento, a satisfação e a participação social. A estrutura e a sistematização dos questionários foram baseadas no Programa Previne Brasil¹⁴ e no antigo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)¹⁵. Os dados utilizados são recortes dos bancos de dados referentes ao Bloco A e ao Bloco B, que foram aplicados, preferencialmente, com o gerente da unidade, ou com algum funcionário da equipe de saúde com nível superior na área da saúde e com mais de 6 meses de experiência na unidade.

Os Blocos A e B foram, primeiramente, aplicados por meio de questionários físicos e, posteriormente, passados para um formulário *on line* com auxílio da plataforma *GoogleForms*. Ambos geraram o banco de dados em pasta do Microsoft Excel – evitando-se a dupla digitação – e foram analisados no *Software for Statistics and Data Science – Stata* versão 14.0. Além disso, o projeto foi realizado sob aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAAE: 55773622.3.0000.0119).

RESULTADOS

Das 48 unidades de saúde, 44 (91,6%) participaram do estudo. Dessas, 36 (81,8%) eram ESFs, 7 (15,9%) eram UBSs e 1 (2,2%) era policlínica. Dos respondentes, 36 (81,8%) eram gerentes das unidades; dentre as profissões, a maioria, 29 (65,9%), era de enfermeiros, seguidos por 10 (22,7%) cirurgiões-dentistas e 2 (4,5%) médicos. Outros 3 profissionais foram identificados, como administrador de empresas, pedagogo e técnico de enfermagem, os quais representaram 6,8% da amostra. Em relação ao tamanho da população adscrita, 11 (25,0%) das unidades têm até 3.000 usuários em seu território; 11 (25,0%) têm entre 4.000 e 5.000 habitantes e 8 (18,1%) têm mais de 6.000 habitantes.

A tabela 1 demonstra quantas das unidades pesquisadas possuem mapa territorial. A tabela 2, por sua vez, apresenta as informações sobre o mapa territorial nas unidades de saúde.

Tabela 1. Descrição das informações sobre o mapa territorial

Possui mapa do território de abrangência?	N	%
Sim	39	88,6
Não	5	11,3

Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

Tabela 2. Itens no mapa territorial

Quais itens estão contidos no mapa?	N	%
Microáreas	38	86,3
Grupos de agravo	28	63,6
Áreas de risco	20	45,4
Grupos organizados	7	15,9
Equipamentos sociais	26	59,0
Condições étnicas	1	2,2
Condições socioeconômicas	9	20,4

Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

A tabela 3, a seguir, apresenta dados referentes à proporção das unidades de saúde que realizam atualização do mapa territorial. A maioria atualizou o documento entre o período de 12 a 24 meses (36,3%), seguido da última atualização, há mais de 24 meses (27,2%). Ainda, 1 (2,27%) relatou nunca ter realizado atualização. Quanto à população descoberta, 45,5% (20) relataram ter a população descoberta no mapa territorial, enquanto os demais, 54,5% (24), afirmam não possuir população descoberta.

Tabela 3. Proporção de unidade com atualização do mapa territorial

Atualização do mapa territorial	N	%
Menos de 1 mês	1	2,7
De 1 a 3 meses	2	4,5
De 6 a 12 meses	7	15,9
De 12 a 24 meses	16	36,3
Mais de 24 meses	12	27,2
Nunca foi realizada	1	2,2

Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

Quanto ao acesso às informações sobre a situação de saúde dos moradores adstritos em seu território, no que diz respeito à disponibilização dessas informações

pela gestão, 32 (72,7%) relataram possuir acesso, 9 (20,4%) colocaram que têm acesso parcial e, por fim, 3 (6,8%) afirmaram não ter acesso às informações. Em relação à oferta de recursos disponibilizados para a equipe, percebe-se que 35 (80,0%) possuem painel informativo epidemiológico, 34 (77,0%) possuem relatórios e consolidados mensais dos Sistemas de Informação da Atenção Básica (Siab) e 18 (41,0%) apresentam informativos da atenção básica Sala de Situação.

Tabela 4. Recursos disponibilizados

Quais os recursos disponibilizados para a equipe?	N	%
Painel informativo epidemiológico	35	80
Informativos da atenção básica/sala de situação	18	41
Relatórios e consolidados mensais dos Siabs		
Outro(s)	34	77
	3	7

Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

DISCUSSÃO

A territorialização dos agravos, dos fatores de risco e das atividades de saúde está sendo preconizada pelo SUS, tendo em vista que o reconhecimento do território é a base para caracterizar e para compreender a população e seus problemas de saúde. Durante esse processo, o território deixa de ser visto apenas como uma referência geográfica e passa a agregar atores sociais, culturais e históricos¹³. Diante dos resultados encontrados no presente estudo, foi possível analisar que a maior parte das UBS possuía mapas do seu território de abrangência (tabela 1). Resultado importante, visto que a territorialização representa um instrumento relevante de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, posto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada¹³.

Dito isso, a divisão das equipes nos territórios garante a integralidade do cuidado, a partir de ações com base nas avaliações locais, ao passo que estabelece uma afiliação mais forte e promove um melhor atendimento à população. Isso possibilita que gestores e profissionais de saúde obtenham uma compreensão das características sociais específicas e das necessidades de saúde de cada território em específico.

No Brasil, a conjugação de classe e de território gera hierarquias e assimetrias

marcantes na distribuição dos níveis de saúde dentro da população. A desigualdade absoluta é maior nas áreas menos desenvolvidas, pois a maior intensidade do estado de saúde negativo nesses territórios se combina à maior densidade das categorias mais vulneráveis, para impor um enorme fardo populacional à saúde. As discrepâncias relativas à saúde, por sua vez, são maiores nas áreas mais desenvolvidas, pois os melhores níveis de saúde em territórios menos adversos favorecem mais os grupos com recursos e capacidades de potencializar ganhos de saúde¹⁶.

No âmbito espacial, a distância entre moradia e trabalho, a dependência do transporte coletivo, a deficiência de saneamento, a densidade demográfica, a proximidade física entre os objetos que compõem as configurações territoriais, a interação face a face, as limitações internas em espaço e em suporte das moradias – em sua função de “espaço de proteção” na situação de pandemia – geram situações e comportamentos de risco para aqueles que se distribuem em espaços com essas características¹⁷. Estudos sociológicos contemporâneos convidam a repensar os grupos sociais validados pelas suas autodenominações, ou seja, são as pessoas que se definem e se aproximam às identidades dos grupos sociais específicos. Assim, devem ser considerados os conceitos de grupos sociais, desde que sejam mais inclusivos e abrangentes no espectro étnico das identidades construídas¹⁸.

Então, entender os modos de vida das pessoas e das coletividades, as suas expectativas, os olhares e as visões de mundo permitem às equipes de saúde uma maior aproximação com a comunidade e a busca de um cuidado na perspectiva da integralidade. Esse cuidado, portanto, pode ser mais resolutivo, o que favorece o vínculo, pois as pessoas têm demonstrado, em seu dia a dia, a vivência de cuidado integral¹⁹.

Ao buscar uma maior aproximação dos profissionais de saúde com a realidade vivida pelas pessoas, foi proposta a reorganização dos serviços de saúde na Atenção Básica, por via da ESF. Essa estratégia favorece a consolidação dos princípios do SUS, de forma a possibilitar, entre outras coisas, o acolhimento e o vínculo pela territorialização e pela proximidade das pessoas com as equipes de saúde. Dessa forma, é preciso olhar como as pessoas vivem, quais os recursos de que dispõem para atender suas necessidades e suas expectativas no cuidado à saúde²⁰.

Um dos elementos centrais que circundam a noção de território na analítica foucaultiana é o conceito de dispositivo, que pode congrega um conjunto de técnicas, de procedimentos e de instrumentos que geram como efeito a regulação da

população. O dispositivo, por conseguinte, enuncia certa modalidade de poder ao tecer uma rede que conecta discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais e filantrópicas²¹.

Ele, o dispositivo, se refere ao entrelaçamento da técnica jurídico-legal, de técnicas disciplinares e de segurança para vigilância e controle do grão mais fino dos comportamentos populacionais, aquilo que atravessa a minúcia dos acontecimentos cotidianos²². Nesse sentido, há uma dupla visão do que poderia representar o mapa territorial, e isso dependerá da forma como este será articulado no serviço, como um dispositivo regulador de poder ou como uma ferramenta de acompanhamento da situação de saúde local.

Na perspectiva da Saúde Pública, o mapa do território e/ou de delimitação geográfica tem por objetivo representar graficamente a área de responsabilidade da equipe de saúde de forma a permitir a visualização espacial do território e, com isso, auxiliá-la a apreender suas particularidades. Sugere-se que este mapa seja exposto na recepção da UBS. Ele pode ilustrar a divisão das microáreas do território de responsabilidade dos ACSs e apresentar a localização da UBS e dos equipamentos sociais (escolas, creches, centros comunitários, clubes, igrejas e outros serviços) presentes em cada microárea. Esse mapa pode ser obtido por meio de um mapa territorial (geofísico) ou de ferramentas gratuitas da internet, como *Google Earth*, que localize a área da UBS e suas delimitações⁵.

A estratégia de mapeamento por meio de técnicas de geoprocessamento em saúde, com a contribuição da ciência estatística, possibilita caracterizar tanto os espaços de acesso à saúde quanto às condições socio sanitárias, além de permitir a descrição de casos epidêmicos em saúde²². Assim, apresenta-se a lacuna de características essenciais na abrangência dos mapas de saúde do município investigado, em que apenas 2,3% destacavam condições étnicas; 15,9%, os grupos comunitários; 20,5%, condições socioeconômicas; e apenas 45,5% destacavam as áreas de risco do território (tabela 2).

Referente à tabela 3, sobre as atualizações do mapa territorial, salienta-se que o território, como campo geográfico e conceitual, deve ser entendido como espaço dinâmico em constante metamorfose nos mais variados aspectos – história, demografia, cultura e epidemiologia – e, conseqüentemente, sujeito à permanente variabilidade de riscos e de vulnerabilidades, características que reverberam na

administração, na política, na tecnologia e na sociedade dentro de suas fronteiras físicas e intangíveis²³.

No entanto, como observado nos resultados, a maior parte das UBSs (36,3%) havia atualizado o mapa entre 12 e 24 meses, seguida por 27,2%, que haviam realizado a última atualização há mais de 24 meses. Resultado que pode ser explicado devido ao fato de que, com a expansão do PSF, a distritalização dos serviços perdeu importância no debate territorial do SUS no município. Acontecimento evidenciado nos municípios de pequeno e de médio porte, nos quais a gestão territorial dos serviços, dada a dimensão do município, passou a ser viabilizada apenas com a definição das áreas de abrangência das unidades de saúde da família, de tal forma que a territorialização, antes debatida em relação aos distritos sanitários, passou a ser feita pelo PSF²⁴.

Em um relato de experiência sobre a importância da territorialização e sua análise na APS, os participantes puderam compreender a complexidade dos processos de saúde e foram introduzidos em atividades práticas e tangíveis, o que levantou a importância e as dificuldades do processo de reconhecimento e de adstrição do território. No mesmo relato, é perceptível que o reconhecimento das especificidades do território é de conhecimento quase exclusivo dos ACSs. Em entrevistas realizadas com os profissionais de nível superior da unidade, acerca do território e dos seus recursos, foi percebido o pouco conhecimento sobre as experiências da comunidade. É apontado, também, que a integração efetiva dos acadêmicos com a comunidade só foi possível por intermédio das ACS, o que fortalece a relação entre ensino-saúde-comunidade⁴.

Outro relato de experiência realizado com ACSs, enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre a construção de mapas territoriais corroboram para os dados supracitados, em que se observou que o conhecimento do território é quase exclusividade dos ACS. Tanto o enfermeiro quanto as técnicas de enfermagem tinham pouco conhecimento sobre a complexidade, as especificidades e as experiências da comunidade²⁵. Os ACSs informaram que, mensalmente, recadastram as famílias, conhecem os principais problemas de saúde das pessoas e de suas áreas e atualizam seus “mapas” com essas informações²⁵, o que diverge dos resultados da presente pesquisa, na qual se observou que a maioria das UBSs havia realizado a última atualização há mais de 12 meses, e 2,3% relataram nunca ter realizado. Já, em relação aos grupos de agravo, 63,6% não possuem conhecimento sobre tal e 45,5%

relataram não ter também conhecimento sobre as áreas de risco.

Ao analisar os achados referentes à disponibilização de informações sobre a situação de saúde do território, nota-se que a maioria das unidades, 32 delas (72,7%), relatou possuir acesso às informações. No entanto, vale destacar a importância da disponibilização dessas informações pela gestão local, visto que as equipes de saúde devem ter conhecimento sobre a situação de saúde das famílias adstritas em seu território de abrangência, visando a identificar os problemas de saúde e de vulnerabilidade, com o objetivo da assistência integral às famílias que estão sob sua responsabilidade. Dessa forma, o acesso a esses dados possibilita a análise dos indicadores epidemiológicos, sanitários e sociais; mais do que isso, os dados funcionam como um subsídio para o planejamento de ações voltadas para a melhoria das condições de saúde local²⁴. Os achados da literatura mostram que, apesar das atividades de vigilância e de atenção à saúde, da grande quantidade de dados, poucos desses dados são analisados em nível local; desse modo, os indicadores raramente auxiliam no processo de trabalho das equipes, visto que ficam sob os cuidados da gestão¹.

Em outro estudo realizado dentro da problemática supracitada, podem-se perceber resultados semelhantes, em que foi possível destacar a necessidade do estabelecimento de vínculos entre a equipe, a população e os gestores, com destaque para a importância de trabalhar de forma interdependente e transdisciplinar, com respeito e complementaridade de conhecimentos. Assim sendo, ressalta-se que seria possível ter um melhor discernimento sobre a realidade local, assim como sobre os principais problemas e as demandas do território, o que permitiria maior contato e envolvimento de toda a equipe³. Diante dos dados analisados, evidencia-se que o reconhecimento do território e das necessidades de saúde, de forma articulada, entre gestores, profissionais e usuários, é um passo essencial para a caracterização da população e de suas necessidades de saúde, assim como para a avaliação do impacto dos serviços de saúde sobre a população.

Ao analisar os resultados referente aos recursos disponibilizados para a equipe, a maioria das unidades, 35 (79,5%), relatou possuir acesso ao painel informativo epidemiológico, e 34 (77,3%) afirmaram a possuir relatórios e consolidados mensais dos Siab. Resultados que se assemelham aos encontrados em outro estudo sobre cartografia territorial, visto que, dentre as unidades de saúde analisadas pelo estudo, a maioria relatou a utilização do Siab como principal instrumento de coleta, de

sistematização e de recuperação de dados referentes à população acompanhada pelas equipes de saúde¹. No entanto, destaca-se que, em se tratando de dispositivos disponibilizados para a equipe, cada unidade tende a se adequar aos métodos e a optar por aqueles que melhor se adequam aos profissionais de cada unidade.

CONCLUSÃO

Entende-se que a pesquisa contemplou seu objetivo de analisar o uso e as características do mapa territorial nos pontos de APSs do município estudado. A ferramenta do mapa territorial é essencial para o trabalho integral na APS, pois leva em consideração os fatores determinantes de saúde, que englobam as múltiplas faces de uma estrutura que não se limita ao campo físico-geográfico, mas permeia as relações humanas, os laços comunitários, as vulnerabilidades, a cultura e as famílias.

Foi possível observar um relativo lapso temporal na atualização dos mapas territoriais, o que denota uma lacuna no acompanhamento das equipes frente ao território da atuação. Junto a essa lacuna, os mapas, em sua grande maioria, se concentravam em destacar apenas informações relativas ao campo geográfico das microáreas, sem destacar as características epidemiológicas, comunitárias e os pontos de vulnerabilidades do *locus* de atuação. Esses aspectos podem gerar implicações significativamente negativas frente à longitudinalidade e à integralidade do cuidado nesses espaços.

Cabe destacar que se tem como lacuna, no presente estudo, a descrição das características dos mapas territoriais da APS de apenas um município, onde as variáveis de análise podem se apresentar de modo distinto a depender do território, das equipes e da gestão de saúde municipal. Outro ponto importante para salientar foi a dificuldade em encontrar estudos que contemplassem especificamente o uso e as características dos mapas territoriais da APS em outros municípios e/ou regiões, no sentido de representar um alerta frente a uma possível subestimação dessa ferramenta no processo de trabalho das equipes e das gestões municipais.

REFERÊNCIAS

1. Goldstein RA, Barcellos C, Magalhães M de AFM, Gracie R, Viacava F. A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. *Ciênc. saúde coletiva* (Online). 2013 Jan; 18(1):45–56.

Acesso em: 23 mai. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100006>

2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Acesso em: 25 mai. 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
3. Pereira MPB, & Barcellos C. O TERRITÓRIO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÁLIA/The territory in family health program. Hygeia (Uberlândia). 2006; 2(2):47-59. Acesso em: 25 mai. 2022. doi: <https://doi.org/10.14393/Hygeia216847>
4. Justo LG, Severo AKS, Félix-Silva AV, Soares LS, Silva-Júnior FL e, Pedrosa JI dos S. A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. Interface comun. saúde educ. 2017; 21(supl 1):1345–54. Acesso em: 25 mai. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0512>
5. Lacerda TJ, Botelho JL, Colussi CF. Planejamento na Atenção Básica [Internet]. Universidade Federal de Santa Catarina, editor. 2012. Acesso em: 25 mai. 2022. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1167/1/PDF%20-%20Livro%20do%20Curso.pdf>
6. Brasil. MS. Asis - Análise de Situação de Saúde / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Goiás. Brasília: Ministério da Saúde [Internet] 2015 [acesso em 2022 mai 05]; (1)1. Acesso em: 25 mai. 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volum_e_1.pdf
7. Organización Panamericana de la Salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: análisis de la situación de salud. Boletín Epidemiológico. 1999;20(3). Acesso em: 23 mai. 2022. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31849/BE_v20n3.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. Rev. bras. epidemiol. 2008 Mai;11(supl 1):6–19. Acesso em: 25 mai. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500002>
9. Ibiapina É, Bernardes A. O mapa da saúde e o regime de visibilidade contemporâneo. Saúde Soc. 2019;28:322–36. Acesso em: 15 jul. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170982>
10. Pessoa VM, Rigotto RM, Carneiro FF, Teixeira ACA. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. Ciênc. saúde coletiva (Online). 2013 Aug; 18(8): 2253-62. Acesso em: 23 mai. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800009>

11. Tomasi YT, Souza JBD, Madureira VSF. Diagnóstico comunitário na Estratégia Saúde da Família: potencialidades e desafios. Rev. enferm. UFPE on line. 2018; 12(6), 1546-1553. Acesso em: 10 jun. 2022. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a230505p1546-1553-2018>
12. Malucelli A, Stein Junior AVJ, Bastos L, Carvalho D, Cubas MR, Paraíso EC. Classificação de microáreas de risco com uso de mineração de dados. Rev. saúde pública. 2010 Apr;44(2):292–300. Acesso em: 10 jun. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000200009>
13. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad. saúde pública. 2005 Jun; 21(3):898–906. Acesso em: 10 jun. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300024>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº N° 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. Brasília. Acesso em: 20 mai. 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº N° 1.645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília. Acesso em: 20 mai. 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html
16. Santos JAF. Classe Social, território e desigualdade de saúde no Brasil. Saúde Soc. 2018 Jun; 27(2):556–72. Acesso em: 23 mai. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170889>
17. Santos JAF. Covid-19, causas fundamentais, classe social e território. Trab. educ. saúde. 2020;18(3): 1-7. Acesso em: 25 mai. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00280>
18. Silva R, Sato M. Territórios e identidades: mapeamento dos grupos sociais do Estado de Mato Grosso - Brasil. Ambient. Soc. 2010 Dec;13(2):261–81. Acesso em: 23 mai. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-753X2010000200004>
19. Junqueira M de FP da S. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Ciênc. saúde coletiva (Online). 2005 Sep;10(3):784–5. Acesso em: 20 jun. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300036>
20. Budó M de LD, Oliveira SG, Garcia RP, Simon BS, Schimith MD, Mattioni FC. Redes sociais e participação em uma comunidade referenciada a uma unidade de saúde da família. Rev. gaúch. enferm. 2010 Dec;31(4):753–60. Acesso em: 23 jun. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000400020>
21. Foucault, M. Microfísica do poder. Organização e tradução de Roberto Machado. 18ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

22. Ibiapina É, Bernardes A. O mapa da saúde e o regime de visibilidade contemporâneo. *Saúde Soc.* 2019;28:322–36. Acesso em: 13 jun. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170982>
23. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab. educ. saúde.* 2010 Nov;8(3):387–406. Acesso em: 10 jun. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>
24. Faria RM de. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva (Online)*. 2020 Nov;25(11):4521–30. Acesso em: 23 mai. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>
25. Moreira KFA, Rodrigues DE, Ferreira LN, Rodrigues MAS, Oliveira DM de, Pereira PP da S. Aprendendo, ensinando e mapeando território: vivências de acadêmicos de enfermagem. *REAS*. 2019 Jan 10;11(4):1-8. Acesso em: 20 jun. 2022. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e240.2019>

RECEBIDO: 07/10/22
ACEITO: 07/03/23