

Débora Viviane Cremonez dos Santos

**A noção de território no âmbito do Programa Saúde da Família (PSF):
A concepção da Equipe de Saúde da Família em Ponte Nova (MG)**

Viçosa-MG
Dezembro de 2009

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA**

**A noção de território no âmbito do Programa Saúde da Família (PSF):
A concepção da Equipe de Saúde da Família em Ponte Nova (MG)**

**Monografia apresentada à disciplina GEO
481 – Monografia e Seminário do curso de
Geografia da Universidade Federal de
Viçosa como exigência parcial para
aprovação.**

**Autora: Débora Viviane Cremonez dos
Santos**

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Civale

**Viçosa-MG
Dezembro de 2009**

Débora Viviane Cremones dos Santos

A noção de território no âmbito do Programa Saúde da Família (PSF):

A concepção da Equipe de Saúde da Família em Ponte Nova (MG)

Monografia apresentada à disciplina GEO 481- Monografia e Seminário do curso de Geografia da Universidade Federal de Viçosa como exigência parcial para aprovação.

Membros da Banca Examinadora da Monografia:

Prof. Dr. Leonardo Civalle
Departamento de Geografia - UFV
Curso de Geografia
Orientador

Prof. Msc. Eduardo José Pereira Maia
Departamento de Geografia - UFV
Curso de Geografia

Prof. Msc. Leandro Dias Cardoso Carvalho
Departamento de Geografia - UFV
Curso de Geografia

Viçosa, _____ de _____ de 2009.

“Quando me amei de verdade, compreendi que em qualquer circunstância, eu estava no lugar certo, na hora certa, no momento exato.

E então, pude relaxar.

Hoje sei que isso tem nome... Auto-estima.

Quando me amei de verdade, pude perceber que minha angústia, meu sofrimento emocional, não passa de um sinal de que estou indo contra minhas verdades.

Hoje sei que isso é... Autenticidade.

Quando me amei de verdade, parei de desejar que a minha vida fosse diferente e comecei a ver que tudo o que acontece contribui para o meu crescimento.

Hoje chamo isso de... Amadurecimento.

Quando me amei de verdade, comecei a perceber como é ofensivo tentar forçar alguma situação ou alguém apenas para realizar aquilo que desejo, mesmo sabendo que não é o momento ou a pessoa não está preparada, inclusive eu mesmo.

Hoje sei que o nome disso é... Respeito.

Quando me amei de verdade comecei a me livrar de tudo que não fosse saudável... Pessoas, tarefas, tudo e qualquer coisa que me pusesse para baixo. De início minha razão chamou essa atitude de egoísmo.

Hoje sei que se chama... Amor-próprio.

Quando me amei de verdade, deixei de temer o meu tempo livre e desisti de fazer grandes planos, abandonei os projetos megalômanos de futuro.

Hoje faço o que acho certo, o que gosto, quando quero e no meu próprio ritmo.

Hoje sei que isso é... Simplicidade.

Quando me amei de verdade, desisti de querer sempre ter razão e, com isso, erreí muitas menos vezes.

Hoje descobri a... Humildade.

Quando me amei de verdade, desisti de ficar revivendo o passado e de preocupar com o futuro.

Agora, me mantenho no presente, que é onde a vida acontece.

Hoje vivo um dia de cada vez. Isso é... Plenitude.

Quando me amei de verdade, percebi que minha mente pode me atormentar e me decepcionar.

Mas quando a coloco a serviço do meu coração, ela se torna uma grande e valiosa aliada.

Tudo isso é... Saber viver!!!

Charles Chaplin

*Dedico este trabalho aos meus pais,
que sempre lutaram por mim
e me fizeram acreditar que era possível.*

Agradecimentos:

Agradeço em primeiro lugar a Deus, por ser tão presente em minha vida e ter me dado forças nos vários momentos de fraqueza.

Ao meu filho Luiz Miguel, por ter me feito crescer, me fazer feliz e planejar o futuro.

Aos meus pais, Celso e Izabel, que sempre lutaram para que este sonho fosse possível e que acreditaram que eu fosse capaz.

A minha Vó Conceição, pessoa muito importante em minha vida e que também deu grandes contribuições para que eu chegasse até aqui.

À minha irmã Natália, que deu os primeiros passos rumo à Universidade Federal de Viçosa.

À minha irmã Dayanne, pelo companheirismo e ajuda nos momentos de dificuldade.

Ao meu irmão Nicolás, por ser um pedacinho de mim que sempre busco cultivar.

Ao meu esposo Jaime, por me amar e por ter me incentivado.

Aos Tios e Tias, que também foram presentes ao longo da caminhada.

A todos os primos e primas, especialmente Alessandra e Andreísa, que também contribuíram nos momentos de discussões acadêmicas.

A minha nova família: os cunhados Ronaldo, Fabrício e Daniela, Ênio e Débora e meu sogro Laurindo. Especialmente à minha sogra Junair e meu cunhado Rodrigo, que contribuíram enormemente e que acreditam e confiaram em mim.

Agradeço as grandes companheiras que encontrei aqui: Adriana, Renatinha, Maola, Elizângela, Denilce, Rose e principalmente Greice, que esteve comigo num dos momentos mais difíceis da minha vida.

Aos padrinhos Renatinho e Fernandinha, pessoas especiais que fizeram e fazem parte da longa caminhada.

Aos professores Leonardo Civalé e Rafael de Ávila Rodrigues, por terem aceitado o desafio e me indicado o caminho.

Ao NEPUT – Núcleo de Estudo de Planejamento e Uso da Terra, pelos momentos e oportunidades de aprendizagem e pela confiança no futuro profissional.

Ficha Catalográfica

SANTOS, D.V.C. A noção de território no âmbito do Programa Saúde da Família (PSF): a concepção da Equipe de Saúde da Família em Ponte Nova, Minas Gerais. Viçosa. 2009. Monografia (Graduação em Geografia). Departamento de Geografia, UFV.

Sumário

Lista de Siglas	v
Lista de Figuras	v
Lista de Tabelas	vi
Resumo	vii
Introdução	1
Justificativa	3
Objetivos	5
Metodologia	6
Capítulo 1. Fundamentação Teórica	
1.1. Geografia da Saúde X Geografia Médica	12
1.2. O conceito de território	14
1.3. Histórico da Saúde Pública no Brasil	15
1.4. O Programa Saúde da Família	18
1.5. O território no Programa Saúde da Família	20
Capítulo 2. Caracterização da Área de Estudo	22
Capítulo 3. Análise dos questionários	
3.1. Análise do questionário da Gestora	32
3.2. Análise do questionário da Equipe de Saúde da Família	37
Conclusão	52
Referências Bibliográficas	56
Anexos	59

Lista de Siglas

AMAPI – Associação dos Municípios da Microrregião Vale do Piranga
 ACS – Agente Comunitário de Saúde
 CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial
 CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
 CIS-AMAPI – Consórcio Intermunicipal de Saúde.
 CNS – Conferência Nacional de Saúde
 ESF – Equipe de Saúde da Família
 GRS – Gerência Regional de Saúde
 IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
 MG – Minas Gerais
 ONG's – Organizações Não-governamentais
 PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
 PSF – Programa Saúde da Família
 PUC-SP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
 SAMMDU – Serviço de Atendimento Médico Municipal de Urgência
 SUCAM – Superintendência de Campanhas Públicas
 SUS – Sistema Único de Saúde
 UBS – Unidade Básica de Saúde
 UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
 U.G.I - União Geográfica Internacional
 UFV – Universidade Federal de Viçosa

Lista de Figuras

Figura 1: Localização do Município de Ponte Nova no Estado de Minas Gerais	22
Figura 2: Evolução da população de Ponte Nova entre os anos de 1991 a 2007	26
Figura 3: Mortalidade Proporcional segundo grupos de causas	28

Lista de Tabelas

Tabela 1:	População Residente por faixa etária e sexo (Censo Demográfico 2000)	24
Tabela 2:	Contagem Populacional e Estimativa da população de Ponte Nova	25
Tabela 3:	Proporção da população residente – 10 anos ou mais de idade – com relação aos anos de estudo	26
Tabela 4:	Morbidades Hospitalares por Sexo segundo Grupo de Causas	27
Tabela 5:	Serviços de Saúde (2005)	28

Resumo

Em meados da década de 1950 teve início um movimento internacional que buscava a discussão e produção de conhecimento sobre a relação saúde-território. Desde então, os estudos no campo da Geografia da Saúde vêm crescendo consideravelmente no Brasil. Foi a partir dos anos 1980, mais especificamente com o trabalho de Milton Santos que se passou a estudar a distribuição das doenças como resultado da organização social do espaço. A presente pesquisa discute a Saúde Pública a partir de contribuições da ciência geográfica acerca do território em suas dimensões mais amplas. Na concepção do Programa Saúde da Família (PSF), o território, é baseado na divisão em áreas e microáreas através do levantamento do quantitativo da população. O território no PSF seria então dotado de homogeneidade. Através da aplicação de questionários abertos, buscou-se apreender o cotidiano das Equipes de Saúde da Família (ESF's) do Centro e Dr. Juquinha Lana I e II e a importância que a noção de território adquire dentro das ações do Programa. No PSF Centro de 16 profissionais, 12 integrantes se prontificaram a participar da pesquisa (75%). No PSF Dr. Juquinha Lana I e II de 26 profissionais, 12 integrantes se prontificaram a participar da pesquisa (46%). Em ambos os PSF's verificou-se a não adesão à pesquisa por parte dos Médicos (Clínico Geral, Pediatra) e Nutricionistas. Quanto às questões que faziam parte do questionário aberto, as questões número seis, sete, oito, nove e onze não foram respondidas por alguns dos profissionais, entre eles agentes comunitários de saúde e técnicos em enfermagem. A distinção entre território e territorialização não é feita em nenhum momento pelos membros das ESF's. A concepção de território presente nas falas das ESF's Centro e Dr. Juquinha Lana I e II de forma geral estão bastante atreladas às existentes e preconizadas nos documentos oficiais. Concluiu-se que o PSF não é plenamente eficiente em função dos seguintes aspectos: o território é entendido e planejado com base apenas na quantificação da população (homogeneização do fenômeno); a participação dos médicos não é efetiva no planejamento e execução das ações em saúde; divergências internas afetam sobremaneira o poder de impacto das ações das equipes de saúde.

Palavras-chave: território, Geografia da Saúde, Programa Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

Em meados da década de 1950 teve início um movimento internacional que buscava a discussão e produção de conhecimento sobre a relação saúde-território. Esse movimento objetivava avançar para além de estudos descritivos sobre a saúde que imperavam até então. Entre eles podemos citar os trabalhos de Jorge Maia, Victor Godinho, C. SEABRA e Xavier da Silveira, todos descrevendo distribuições de doenças infecciosas no Estado de São Paulo (BOUSQUAT; COHN, 2004).

Em 1949, na primeira reunião da União Geográfica Internacional (UGI) após a Segunda Guerra, iniciou-se a articulação para a criação em 1952 da Comissão de Geografia Médica de Saúde e Doença (FERREIRA, 1991).

No contexto da formação do grupo que pesquisava a relação entre saúde-território, alguns nomes se destacavam mundialmente, a exemplo de Pavlovsky, Max Sorre e Jacques May. No Brasil, duas obras são tidas como referência: Introdução à Geografia Médica no Brasil de autoria de Carlos da Silva Lacaz lançada em 1972 e Ensaio Médico-Sociais de Samuel Pessoa, lançada em 1960.

Samuel Pessoa (1978) assinala como obra mais importante da Geografia Médica brasileira das décadas de 1930 a 1960 o livro de Gavião Gonzaga, intitulado “Climatologia e Nosologia do Ceará” (1925) e o de Afrânio Peixoto, “Clima e Saúde” (1938). Para outros estudiosos, a obra de Josué de Castro, Geografia da Fome de 1965, também se configuraria em um estudo da Geografia Médica.

Desde então, os estudos no campo da Geografia Médica e da Saúde vêm crescendo consideravelmente no Brasil. Foi a partir dos anos 1980, mais especificamente com o trabalho de Milton Santos que se passou a estudar a distribuição das doenças como resultado da organização social do espaço. A reflexão de Milton Santos contribuiu para os estudos que a partir da década de 1990 associavam as estruturas socioespaciais ao aparecimento de doenças endêmicas.

É nesse contexto que a Geografia Médica e da Saúde vem se afirmando e estruturando dentro das discussões na ciência geográfica. A geografia como ciência social tem muito a contribuir para os estudos da saúde, visto que problematiza a noção e a relação entre saúde e doença para além de simples relações de causalidade.

O diagnóstico de uma doença realizado sem a preocupação com aspectos coletivos e epidemiológicos da população adscrita contribui para que sejam mantidas situações de risco, de adoecimento e de morte (LIMONGI; MENEZES; MENEZES, 2008). A medicina curativa se apresenta mais onerosa que a implementação da medicina preventiva, que é função e objetivo da política pública de saúde, neste caso o Programa Saúde da Família se apresenta como peça-chave.

A pesquisa aqui realizada discute o Programa Saúde da Família (PSF) nas esferas gestora e técnica, sendo a saúde entendida a partir de uma concepção social, cultural e política.

A análise na esfera gestora e técnica se justifica na medida em que, de acordo com vasta literatura, há uma discrepância entre concepções de gestores da saúde e de técnicos (enfermeiros, agentes comunitários de saúde, médicos) sobre diversas questões, mas, sobretudo com relação à importância da noção de território para a implementação efetiva do Programa Saúde da Família.

Pereira e Barcellos (2006), afirmam que o território é o pressuposto básico de trabalho para os PSF's e é esta afirmativa que norteou toda a pesquisa realizada.

A pesquisa se baseou no levantamento de dados sobre os PSF's Centro e Dr. Juquinha Lana I e II (duas equipes de saúde atendendo em uma mesma unidade) no município de Ponte Nova e na análise das respostas do questionário da Gestora do Programa Saúde da Família e da Equipe de Saúde da Família sobre a noção de território.

De acordo com a necessidade da problematização do território nas questões de saúde, a participação de geógrafos se revela de extrema importância, porém, ainda é minoritária (PEREIRA; BARCELLOS, 2006). Estabelecer o debate sobre políticas públicas de saúde dentro da geografia possibilita romper com relações (por vezes equivocadas) de causalidade entre saúde-doença, ampliando a visão no que diz respeito à complicada teia de relações que são efetivadas no território.

JUSTIFICATIVA

É de extrema importância analisar o discurso que a Equipe de Saúde da Família possui sobre o território; por se entender que esta noção interfere diretamente na implementação do Programa Saúde da Família.

O PSF se caracteriza e se apóia em um *território* que deve ser *delimitado*, com uma *população* também *delimitada*. Essa delimitação apregoada pelos gestores da saúde seria um entrave à operacionalização do Programa, ou seja, a forma delimitada, segmentada seria fator limitante e determinante dos resultados alcançados com este novo modelo de Atenção à Saúde?

A presente Pesquisa pretende discutir a saúde pública a partir das contribuições da ciência geográfica acerca do território em suas dimensões mais amplas.

O recorte espaço-temporal a ser pesquisado refere-se ao município de Ponte Nova, desde a implantação do PSF em 2001 até o ano vigente de 2009, com os PSF's Centro e Dr. Juquinha Lana I e II e suas respectivas Equipes de Saúde da Família. Em Ponte Nova, são treze PSF's, abrangendo 70% da área do município.

É notável a grande quantidade de dados que o sistema público de saúde possui, entretanto, deve-se salientar a sub-utilização ou até mesmo inutilização destes dados e conseqüentemente limitação de pesquisas e intervenções no setor.

É de extrema importância verificar como a Equipe de Saúde dos PSF's percebe as inter-relações entre doenças e o território, no sentido de planejar a territorialidade das ações em saúde.

A presente pesquisa representa uma tentativa de ampliar o debate sobre saúde pública dentro da geografia, além de contribuir no sentido de repensar as bases do planejamento em saúde. Pesquisar o território nos encaminha para uma dimensão ampla, não sendo o território entendido somente através do viés estatal, como materialidade do poder do Estado. Abre-se a possibilidade para o território em uma perspectiva integradora.

O município de Ponte Nova caracteriza-se por extrema desigualdade quanto ao acesso da população aos serviços de saúde. Essa desigualdade está presente entre a zona urbana e rural, e ainda, entre os próprios bairros da área urbana. O Programa Saúde da

Família busca minimizar essas diferenças e desigualdades, porém, nem sempre tal objetivo é alcançado.

Verifica-se que profissionais da área e usuários do Programa Saúde da Família não aderiram plenamente ao modelo de reorientação de assistência à saúde, tornando as estratégias e práticas concebidas e realizadas aquém dos resultados esperados.

Buscou-se com a pesquisa analisar um dos “hiatos” na concepção do PSF, o território, que é baseado na divisão em áreas e microáreas através do levantamento do quantitativo da população. No âmbito do Programa Saúde da Família o território seria então dotado de homogeneidade.

Na presente pesquisa, entende-se o território a partir das diferenças e sendo sustentação e palco de relações sociais extremamente complexas. Neste sentido, a participação de geógrafos e a apropriação do debate pela geografia se revelam bastante significativos, na medida em que a ciência geográfica reconhece as diferenças e heterogeneidade do território.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

Analisar a noção de território da equipe multiprofissional do Programa Saúde da Família (PSF) em Ponte Nova, Minas Gerais.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Dentro da Equipe de Saúde da Família (ESF), analisar como é entendido o território (ou seja, como médicos, enfermeiras e agentes comunitários de saúde percebem este território);
- Estabelecer uma comparação entre a visão da equipe de saúde sobre território e o entendimento do mesmo contido nos documentos oficiais.

METODOLOGIA

O trabalho foi desenvolvido em três etapas, que constituem seus capítulos:

- 1ª etapa: Levantamento e análise bibliográfica;
- 2ª etapa: Levantamento de dados e caracterização do município de Ponte Nova, Minas Gerais;
- 3ª etapa: Aplicação dos questionários abertos para a Gestora e Equipe de Saúde da Família (ESF) do PSF Centro e PSF Dr. Juquinha Lana I e II.
- 4ª etapa: Análise dos questionários.

Capítulo 1

Inicialmente, buscou-se estabelecer um levantamento e história do pensamento em Geografia da Saúde em âmbito internacional e nacional. Procurou-se levantar os principais autores e identificar sua importância e potencialidades dentro da própria ciência geográfica e frente às demais áreas de estudo.

Posteriormente, foram apresentados os mais recorrentes conceitos de território utilizados pela ciência geográfica na visão de alguns dos principais autores que pesquisam o tema: Rogério Haesbaert e Marcelo de Souza.

Dando continuidade à pesquisa, estabeleceu-se uma cronologia dos principais acontecimentos referentes à saúde pública no Brasil, para, de tal forma, avaliar a evolução das questões em saúde no país. Em seguida, apresentam-se de forma sucinta, as principais características e o histórico de implantação do Programa Saúde da Família.

Finalizando o referencial teórico necessário à continuidade da pesquisa, realizou-se um levantamento da utilização e apropriação da noção de território pelo Programa Saúde da Família e sua fundamental importância para a efetivação das ações do mesmo.

Capítulo 2

Para o estudo em questão o município de Ponte Nova foi o escolhido. Esta escolha levou em consideração a facilidade de acesso e a disponibilidade para realização da pesquisa de campo.

Deve-se salientar ainda, a disponibilidade da Gestora do Programa Saúde da Família do município em participar da pesquisa, devido em grande parte ao bom relacionamento já estabelecido em outro momento na Secretaria de Saúde.

Ponte Nova destaca-se na região Zona da Mata Norte e no Estado de Minas Gerais pelos serviços prestados na área da saúde, e fatores ligados a essa condição também foram fundamentais na sua escolha como campo a ser pesquisado, entre eles:

- Inserção na categoria Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde,
- Município sede da Gerência Regional de Saúde (GRS),
- Sede da Associação dos Municípios Microrregião Vale do Piranga (AMAPI).

A escolha do PSF Centro justifica-se:

- Pela localização na área central da cidade,
- Atendimento de população advinda de bairros bastante heterogêneos.

O PSF Dr. Juquinha Lana I e II foi escolhido por ser dotado das seguintes especificidades:

- Bastante afastado da área central;
- Atende a bairros periféricos com população bastante numerosa;
- Equipe estendida (além do mínimo preconizado pelo PSF, conta também com dentista, nutricionista e pediatra).

Capítulo 3

No terceiro capítulo, é feito um histórico da implantação do PSF no município de Ponte Nova e sua situação atual. Em anexo, estão os PSF's instalados e os serviços disponibilizados por cada um deles.

Através da aplicação de questionários abertos (em anexo), buscou-se apreender o cotidiano das Equipes de saúde da Família (ESF's) do Centro e Dr. Juquinha Lana I e

II e a importância que a noção de território adquire dentro das ações do Programa. A Gestora do Programa Saúde da Família também contribuiu com o questionário da seguinte forma:

- Caracterizando o sistema de saúde do município;
- Estabelecendo um histórico da implantação do PSF, esclarecendo pontos a respeito da capacitação das ESF's;
- Explicitando a abordagem de território dentro do Programa;
- Explicitando a abordagem de território dentro das Equipes de Saúde da Família;
- Analisando a percepção e o entendimento do território frente aos resultados obtidos pelas ESF's.

Basicamente, os questionários direcionados aos membros das ESF's discorriam sobre os seguintes questionamentos:

- Sobre o sistema de saúde no município, pontos positivos e negativos;
- Por que trabalhar no PSF;
- Capacitação da equipe e território;
- Território e o trabalho em equipe e na função desempenhada;
- A importância do território no âmbito do Programa Saúde da Família;
- Importância e dificuldades quanto ao trabalho desenvolvido.

Optou-se pelo método qualitativo por se entender que este tipo de investigação científica satisfaz os objetivos a que se destina a pesquisa, ou seja, apreender através das respostas obtidas com os questionários a noção de território presente no Programa Saúde da Família. Isto porque “a investigação qualitativa [...] trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões” (MINAYO e SANCHES *apud* SERAPIONI, 2000).

De acordo com Serapioni (2000, p.191), a pesquisa qualitativa tem como principais características:

- Analisar o comportamento humano, do ponto de vista do ator, utilizando a observação naturalista e não controlada;
- É subjetiva e está perto dos dados (perspectiva de dentro, *insider*) orientados ao descobrimento;
- Exploratória, descritiva e indutiva;

- Orientada ao processo, resume e assume uma realidade dinâmica;
- Holística e não generalizável.

Para realização da presente pesquisa, optou-se pela aplicação de questionários abertos. Esta modalidade de pesquisa permite que os inquiridos tenham maior concentração nas questões, permiti-lhes expressar livremente suas opiniões de forma original e não indutiva e também é vantajosa para o pesquisador na medida em que possibilita recolher variada informação sobre o tema pesquisado (AMARO; POVOA; MACEDO, 2005).

A Gestora do Programa Saúde da Família em Ponte Nova atendeu prontamente às solicitações para participar da pesquisa e já havia colaborado em uma pesquisa com outra perspectiva. O questionário que deveria ser respondido pela mesma lhe foi enviado no dia 04 de outubro, sendo devolvido com as respostas em 08 de outubro de 2009.

A Gestora orientou-me a entrar em contato com as enfermeiras responsáveis por cada PSF alvo da pesquisa. No PSF Centro, cuja equipe é reduzida, há somente uma enfermeira responsável. No PSF Dr. Juquinha Lana I e II, cuja equipe é estendida, são duas as enfermeiras responsáveis. Os contatos com as responsáveis por cada PSF foram feitos nos dias 14 e 15 de outubro de 2009. A entrega dos questionários em mãos das enfermeiras se deu no dia 16 de outubro. De tal forma, estava pré-estabelecido que os questionários fossem devolvidos até o dia 26 de outubro.

Para que a presente pesquisa fosse realizada houve prévia autorização do Prefeito Municipal, Secretário de Saúde, Gestora do Programa Saúde da Família e enfermeiras responsáveis. As respostas obtidas com os questionários foram transcritas de forma fidedigna, para que a opinião dos inquiridos estivesse bastante clara. Castro e Bronfmam *apud* Serapioni (2000, p.?) afirmam que “[...] com base na análise da linguagem [...] podem-se identificar aquelas expressões cotidianas típicas que representam a experiência coletiva do grupo”.

A análise das respostas do questionário da Gestora do PSF e da Equipe de Saúde da Família revela-se de fundamental importância, na medida em que as ações desenvolvidas pela mesma são determinantes para o sucesso das políticas preconizadas pelo Programa. Na mesma linha estão as reflexões de Minayo e Sanches *apud* Serapioni (2000, p.?), “[...] a fala [...] torna-se reveladora de condições estruturais, de sistema de

valores, normas e símbolos e reproduz as representações de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas”.

As enfermeiras responsáveis por cada PSF revelaram durante as conversas:

“Gostaria de deixar claro pra você que nem todos vão querer participar. Uns por que não se interessam, outros por falta de instrução e até mesmo os médicos que somente vem até aqui para atender um número x de pacientes e depois vão embora. A equipe de saúde também é muito grande e isso dificulta...” (Enfermeira 3)

“Olha, vou tentar o maior número possível... se um representante de cada função participar já está bom, não é mesmo?” (Enfermeira 1)

O fato citado acima realmente ocorreu, a adesão não foi total pelas Equipes de Saúde da Família.

No PSF Centro percebeu-se excelente adesão por parte dos integrantes das Equipes de Saúde. De 16 profissionais, 12 integrantes se prontificaram a participar do questionário (75%), dos quais 7 são agentes comunitários de saúde, 2 técnicos em enfermagem, 1 enfermeira, 1 auxiliar de consultório dentário e 1 dentista. Verificou-se a não adesão aos questionários por parte do médico clínico geral.

No PSF Dr. Juquinha Lana I e II a adesão por parte dos integrantes da Equipe de Saúde foi boa. De 26 profissionais, 12 integrantes se prontificaram a participar do questionário (46%), dos quais 9 são agentes comunitários de saúde, 1 auxiliar administrativo e 2 enfermeiras. Verificou-se a não adesão aos questionários por parte dos médicos (Clínico Geral, Pediatra), nutricionista, dentista e auxiliar de consultório dentário.

Quanto às questões que faziam parte do questionário aberto, nem todas foram respondidas. As questões número seis, sete, oito, nove e onze não foram respondidas por todos os profissionais.

A questão número seis perguntava se durante a capacitação a questão do território foi abordada e não foi respondida por quatro profissionais, sendo que destes um era técnico em enfermagem e os outros três eram agentes comunitários de saúde.

A questão número sete diz respeito ao entendimento do território diante das ações do PSF e não foi respondida por um agente comunitário de saúde.

A questão oito buscava compreender como o território é utilizado dentro da equipe e especificamente na função desempenhada, não sendo respondida por dois agentes comunitários de saúde.

A questão número nove indagava a respeito da importância do território na efetivação das ações do PSF no município e não foi respondida pelo (a) auxiliar administrativo e por um ACS.

A questão número onze perguntava qual a maior dificuldade do profissional dentro das ações do PSF e não foi respondida por uma enfermeira.

Finalmente, buscou-se confrontar o referencial teórico com os dados colhidos através da aplicação dos questionários.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 GEOGRAFIA DA SAÚDE X GEOGRAFIA MÉDICA

Os contatos entre a geografia como disciplina científica e a epidemiologia eram extremamente influenciados pelo positivismo do século XIX; a partir de então os primeiros trabalhos começaram a ser estruturados e versavam principalmente sobre obras de saneamento ambiental e práticas preventivas em relações a doenças do mundo tropical a serem enfrentadas pelos exércitos europeus em caso de ocupações nestes territórios.

No século XIX surgem os primeiros trabalhos de climatologia médica buscando correlacionar doenças com aspectos da geografia física, sobretudo variações climáticas.

A Geografia Médica e da Saúde orienta-se no sentido da resolução de problemas, buscando identificar lugares e situações de risco, favorecendo o planejamento territorial, assim como, o desenvolvimento das atividades de prevenção e promoção em saúde (LARANJA; NASCIMENTO, 2008).

A Geografia Médica está associada sobretudo à ocorrência de epidemias, endemias e vetores de transmissão de doenças. Busca codificar e espacializar a ocorrência destes fenômenos.

Entre os geógrafos são bastante conhecidas as obras do parasitologista Y.N. Pavlovsky (1939), que formulou a teoria dos focos naturais das doenças humanas e Maximillien Sorre (1943), que em sua obra máxima *Les Fondementes de la géographie humaine*, busca fornecer uma base conceitual à geografia médica que permitisse investigações de natureza interdisciplinar (FERREIRA, 1991). O conceito de *Complexo Patogênico* é contribuição de Max. Sorre.

Outro trabalho bastante conhecido na Geografia Médica é o de J. M. May, médico norte-americano que residiu muitos anos no Vietnã e reuniu inúmeras informações médico-geográficas sobre o país.

No Brasil, Afrânio Peixoto (1938) com a obra *Climas e doenças no Brasil* foi pioneiro ao estabelecer relações entre as doenças e relações climáticas.

Em 1972, Lacaz publica a obra *Introdução à geografia médica no Brasil* sem, contudo, integrar efetivamente os conhecimentos médicos e geográficos, abordando de forma separada a relação entre doenças e meio ambiente (FERREIRA, 1991).

A Geografia da Saúde está comumente associada à oferta, acesso e utilização de serviços de atenção à saúde. Discute as políticas públicas de saúde e intervêm no planejamento e execução das ações. Têm se estruturado e desenvolvido sobretudo a partir da década de 80.

Problematiza a relação saúde-doença através da contribuição das ciências sociais, rompendo com alguns procedimentos da área de saúde, utilizando e valorizando metodologias qualitativas e a subjetividade em suas análises.

UNGLERT; ROSENBERG, JUNQUEIRA (1987) no trabalho intitulado **Acesso aos serviços de Saúde: Uma abordagem de Geografia em Saúde Pública** explicitam o intercâmbio entre Geografia Humana e saúde pública. De acordo com os autores, o acesso da população aos serviços é de fundamental importância para a eficácia da assistência à saúde.

RIBEIRO; GUIMARÃES (2001) publicam o artigo **O lugar da participação popular na gestão da saúde: matrizes conceituais e os rumos da política brasileira**, onde discutem a municipalização dos serviços da saúde no Brasil. Os autores afirmam o SUS como política de gestão territorial; suas ações e serviços prestados refletem na produção do espaço e no ordenamento territorial da sociedade.

RAMIRES; RODRIGUES (2008) no trabalho intitulado **Programa Saúde da Família: uma perspectiva de análise geográfica**, estabelecem uma análise do processo de instalação e modelo organizacional do PSF no Brasil. Abordam ainda a relação entre a ciência geográfica e o PSF que faz uso de conceitos tradicionalmente vinculados à geografia tais como espaço e território.

Os trabalhos na área de Geografia da Saúde vêm aumentando consideravelmente. A reformulação pela qual passa a Geografia da Saúde busca uma maior integração e reconhecimento dentro do pensamento geográfico, nesse sentido torna-se necessário mais estudos que consolidem essa perspectiva.

1.2 O CONCEITO DE TERRITÓRIO

Várias são as concepções de território na geografia. Buscamos aqui, apresentar o trabalho de dois autores: Rogério Haesbaert e Marcelo José Lopes de Souza.

Ambos expõem em seus trabalhos concepções de território de diversos autores, visando estabelecer uma correlação entre as mesmas e ampliar a definição de território para além da concepção de “fundamento material do Estado” (HAESBAERT, 2006).

No livro **O Mito da desterritorialização**, Haesbaert apresenta várias noções de território: política, cultural, econômica, e naturalista.

Na noção política, o território é visto como um espaço bem definido e controlado por determinado poder, normalmente relacionado ao Estado.

Na visão simbólico-cultural, é percebido como o produto da apropriação ou valorização simbólica por parte de um grupo enquanto espaço vivido.

A ótica econômica, menos difundida, entende o território como substrato dos recursos materiais e espaço de embate para a relação capital-trabalho.

Haesbaert acrescenta ainda a visão naturalista do território, onde é enfatizada a relação sociedade-natureza e o comportamento natural dos homens frente ao seu meio físico; muitas das vezes dotando o território de excessiva carga biológica.

Em outro momento, o autor nos apresenta perspectivas teóricas em relação ao território: materialista, integradora, idealista e ainda, discorre sobre a visão relacional de território presente na obra de Sack e Raffestin.

Para Souza “O território é fundamentalmente um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder”. A grande questão então seria “quem domina ou influencia quem nesse espaço, e como?” (2003, p.78).

O autor afirma que o território deve ser analisado para além da visão reducionista de Estado-Nação. Neste momento, abre espaço para discutir o poder em diversas dimensões.

Para analisarmos a noção de território presente no Programa Saúde da Família, é preciso que este seja percebido enquanto política pública. As políticas públicas, sejam na área da saúde ou em outra qualquer, são de maneira geral formuladas pelo Governo e as relações de poder estão presentes, permeando a elaboração e execução das mesmas.

O Programa Saúde da Família enquanto via de acesso às especialidades básicas propõe um modelo de atenção à saúde baseado no núcleo familiar, no indivíduo enquanto ser dotado de especificidades.

Assumir o indivíduo, sua realidade e suas necessidades, requer uma perspectiva integradora de território, que aqui é entendida como a que melhor se adéqua aos princípios apregoados pelo PSF.

A perspectiva integradora,

[...] envolve a leitura de um território como um espaço que não pode ser considerado nem estritamente natural, nem unicamente político, econômico ou cultural. Território só poderia ser concebido através de uma perspectiva integradora entre as diferentes dimensões sociais (e da sociedade com a própria natureza) (HAESBAERT, 2006, p.74).

1.3 HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A saúde pública no Brasil começou a ser delineada em 1904, ano de implantação da legislação sanitária, que possibilitou às autoridades, meios legais, institucionais e material humano para que fosse fiscalizada a insalubridade de imóveis urbanos e a produção e comercialização de alimentos (HOCHMANN, 1998 apud GUIMARÃES, 2005).

Apesar da implantação da legislação sanitária em 1904, o país continuava mergulhado em graves problemas sanitários. Políticas de enfrentamento das doenças eram mal constituídas, visto que, a ênfase em determinadas doenças em detrimento de outras marcavam as ações dos profissionais da época.

O grande marco para a saúde pública brasileira se deu durante a epidemia de gripe espanhola (que afetou os miseráveis e também as elites), provocando e deflagrando o movimento da reforma sanitária. Neste movimento, o poder público agiu coercitivamente sobre a sociedade e elaborava todo um discurso político que corroborava tais ações (GUIMARÃES, 2005).

A intensificação do debate sobre saúde pública se deu nas duas últimas décadas da República, onde os movimentos de caráter nacionalista introduziram nos debates políticos temas sobre saúde, educação, civismo, entre outros (CASTRO SANTOS, 1980 apud GUIMARÃES, 2005).

Neste contexto, São Paulo era a vanguarda do ponto de vista do campo da saúde pública (modelo para o restante do país). Por quê? A agricultura era o carro-chefe da economia e os cafeicultores paulistas importavam mão-de-obra para as lavouras do interior do Estado, então necessitavam de ações rigorosas de saneamento e controle sanitário já que o Porto de Santos e a cidade de São Paulo eram “parada obrigatória” dos imigrantes.

A Reforma Sanitária de 1917 foi um marco importante nas mudanças que vinham ocorrendo na saúde pública brasileira. O Código Sanitário Rural foi a inovação mais importante da nova legislação (RIBEIRO,1993 apud GUIMARÃES, 2005). A partir desse momento, os delegados de saúde possuíam total poder de fiscalização sob estabelecimentos considerados suspeitos, verificando condições de higiene e saúde dos habitantes, ainda que essas ações estivessem acima do direito de propriedade (GUIMARÃES, 2005).

Outro momento de destaque diz respeito às ações do governo Getúlio Vargas. A área de higiene pública foi extremamente visada por Vargas que imprimiu medidas centralizadoras ao serviço sanitário entre os anos de 1930 e 1931. As atividades dos centros de saúde passariam a se concentrar na medicina curativa e não mais na prevenção como anteriormente. Estes centros de saúde seriam subordinados à Inspetoria de Higiene e Assistência à Infância.

As mudanças impostas coincidiram com o início da institucionalização da assistência médica individual previdenciária, que se tornavam eixo principal das práticas em saúde. Neste momento, a saúde pública perde espaço na questão orçamentária e representações sociais (GONÇALVES, 1994 apud GUIMARÃES, 2005).

O Ministério da Saúde só veio a ser instituído no dia 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920, após desdobramento do Ministério da Educação e Saúde; as ações do Ministério limitavam-se à ação legal e a mera divisão das atividades de saúde e educação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Em 1956, surge o [Departamento Nacional de Endemias Rurais](#), que tinha como finalidade organizar e executar os serviços de investigação e de combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela e outras endemias existentes no país, de acordo com as conveniências técnicas e administrativas.

As propostas para adequar os serviços de saúde pública à realidade diagnosticada pelos sanitaristas desenvolvimentistas (baixa renda per capita e alta concentração de riqueza) tiveram marcos importantes, como a formulação da Política Nacional de Saúde que objetivava redefinir a identidade do Ministério e a realização da III Conferência Nacional da Saúde (CNS), convocada pelo ministro Wilson Fadul, árduo defensor da municipalização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O Ministério da Saúde passou por diversas reformas na estrutura. Destaca-se a reforma de 1974, na qual as Secretarias de Saúde e de Assistência Médica foram englobadas, passando a constituir a Secretaria Nacional de Saúde, para reforçar o conceito de que não existia dicotomia entre saúde pública e assistência médica.

Ainda em 1974, a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) passa à subordinação direta do Ministro do Estado, para possibilitar-lhe maior flexibilidade técnica e administrativa, elevando-se a órgão de primeira linha. Foram criadas as Coordenadorias de Saúde, compreendendo cinco regiões: Amazônia, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, ficando as Delegacias Federais de Saúde compreendidas nessas áreas subordinadas às mesmas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A partir da década de 1980, destaca-se a Constituição Federal de 1988, que determinava ser dever do Estado garantir saúde a toda a população criando, para tanto, o Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a lei orgânica da saúde que detalha o funcionamento do Sistema.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com o intuito de garantir acesso integral, universal e igualitário a serviços de saúde à população brasileira. O Governo Federal é o principal financiador da saúde pública no país e é quem formula as políticas nacionais de saúde e implementa juntamente com estados, municípios, ONGs e iniciativa privada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O atendimento funciona de forma hierarquizada e descentralizada. Descentralizada porque como foi dito acima, a União formula as políticas de saúde e distribui os recursos financeiros; os Estados respondem por serviços de alta e média complexidade, e o município é o principal responsável pela saúde da população.

O Sistema Único de Saúde permitiu, através da municipalização, que os municípios fossem responsáveis pela gestão dos recursos financeiros e pelas ações e

serviços de saúde prestados em seu território. Em 2006, foi assinado o Pacto pela Saúde, onde se convencionou o acordo entre os entes federados (união, estados, municípios) no qual há um consenso sobre ações, serviços, organização do atendimento e outras relações dentro do sistema público de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Na concepção do SUS dois conceitos são básicos, a referencialização e a hierarquização.

A referencialização diz respeito à forma de entrada do cidadão na rede de saúde pública que deve ser feita a partir da Atenção Básica (postos de saúde, equipes de saúde da família), onde o acesso é garantido às especialidades de clínica geral, pediatria e ginecologia resolvendo cerca de 80% das necessidades de saúde da população.

A hierarquização da rede de saúde entende que deve haver centros de referência para graus de complexidade diferentes de serviços, que são organizados na seguinte seqüência: unidades de saúde, município, pólo e região (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

1.4 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde compostas, no mínimo, por um médico clínico-geral, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada a equipe de saúde da família, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias (mínimo de 2.400 pessoas e máximo de 4.500 pessoas), localizadas em uma área geográfica delimitada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O Programa Saúde da Família (PSF) é entendido como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado e as Equipes de Saúde da Família (ESF) são responsáveis por um território definido, população delimitada, por intervir sobre os fatores de risco aos qual a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

O PSF se configura em uma tentativa de humanizar o SUS, visto que visa estabelecer vínculos de compromisso e de responsabilidade conjunta com a população. Estimula ainda, a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; utiliza de forma crescente sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões.

No Programa Saúde da Família a atuação acontece de forma intersetorial, onde parcerias são estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais visando a intervenção em situações que ultrapassam a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde da tríade indivíduos/famílias/comunidade.

A política pública de saúde baseada no modelo da Atenção Básica tem como princípios a integralidade, equidade, qualidade e participação da comunidade nos serviços de saúde (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2000). É nesse contexto que surge em 1994 e se fortalece a partir de então o Programa Saúde da Família, que visa reduzir o hiato existente entre os direitos sociais garantidos por lei e os serviços e ações ofertados pelo Sistema.

Pode-se dizer que a implantação e o investimento no modelo de reorientação baseada na prevenção de doenças e não somente em ações curativas procurou resgatar os valores dos profissionais da saúde e atuar efetivamente na melhoria dos indicadores além de racionalizar a demanda por outros níveis assistenciais cujo custeio é extremamente alto (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2000).

Anteriormente à implantação dos PSF's, o modelo de orientação básica criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que atualmente se encontram em duas situações distintas em relação à rede do SUS: a) ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família; e b) ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Os agentes comunitários de saúde têm como objetivos acompanhar o cotidiano da população adscrita, principalmente quanto a questões da saúde e orientar de forma clara as ações preventivas ou curativas a serem realizadas visando uma vida saudável em todos os aspectos (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2000).

Todos os agentes comunitários de saúde (ACS) são responsáveis por, no mínimo, 20 a 250 famílias (COSTA NETO, 2000 apud PEREIRA; BARCELLOS, 2006) e a condição de serem moradores da área adscrita se explica no relacionamento entre ACS e comunidade se entendem e expressam como população que possui estrutura, história, cultura e organização própria (CAPISTRANO FILHO, 1999 apud PEREIRA; BARCELLOS, 2006), facilitando sobremaneira o acolhimento e vínculo desejados pela Equipe de Saúde da Família e preconizados nos princípios do Programa Saúde da Família.

1.5 O TERRITÓRIO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

A discussão que se tem feito sobre aspectos ligados à saúde através da ótica geográfica tem aumentado sobremaneira nos últimos anos. Ainda assim, o que se pode notar é a pequena participação de geógrafos no planejamento de ações em saúde, como por exemplo, nos diversos níveis do Programa Saúde da Família (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Há uma hierarquização preconizada na concepção do PSF (LIMONGI; MENEZES; MENEZES, 2008). A família é a principal fonte de informação do Programa, onde os primeiros dados são coletados.

A partir de então, outros territórios de atuação são delimitados: microárea, área, segmento e município, que contribuem efetivamente para agregação dos dados (BRASIL, 1994 apud LIMONGI; MENEZES; MENEZES, 2008).

No Programa Saúde da Família, a delimitação e hierarquização em áreas de atuação são realizadas apenas levando-se em conta o quantitativo de população.

É importante reconhecer a riqueza de detalhes inerentes ao processo de hierarquização (MENDES, 1993 apud LIMONGI; MENEZES; MENEZES, 2008). Contudo, ao assumir o território com base na quantificação da população, é possível que as ações de saúde não sejam plenamente eficientes.

A contribuição da geografia seria perceber o território imerso em estado de permanente construção e desconstrução, com suas nuances e dotado de especificidades. Este cenário seria fundamental para a implementação efetiva das ações do PSF.

Bitoun (2006) identifica três tipos de território:

Um território de escuta (na fase de coleta de informações para se atingir a equidade); um território administrativo (quando são definidas articulações com outros territórios para garantir o acesso a equipamentos e instituições que permitem uma disponibilidade de recursos mais complexos ou complementares); e um território de realizações (quando é materializada a prestação de serviços no espaço vivido) (BITOUN, 2000 apud PEREIRA; BARCELLOS, p. 2006).

Os territórios identificados por Bitoun estão presentes no Programa Saúde da Família em diversas instâncias. Nesse contexto, o território seria efetivador de diferentes relações de poder materializadas nas ações da Equipe de Saúde da Família.

O entendimento do território por parte dos grupos de técnicos e usuários do sistema de saúde tende a influenciar a forma como esse território será incorporado à prática de suas ações (PEREIRA; BARCELLOS, 2006), e esta situação pode influenciar positivamente ou negativamente a atuação do Programa Saúde da Família.

2 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PONTE NOVA – MG

Ponte Nova é um município do Estado de Minas Gerais localizado a 42,9° oeste do Meridiano de Greenwich e 20,41° sul da linha do Equador. De acordo com divisão oficial estabelecida pelo IBGE em 2008, Ponte Nova é parte integrante da Mesorregião Zona da Mata e da Microrregião Ponte Nova (Figura 1).

Figura 1: Localização do Município de Ponte Nova no Estado de Minas Gerais



Fonte: Wikipédia

Sua altitude é de 431 metros e o clima é Tropical de Altitude, com chuvas concentradas durante o verão e temperatura média anual de 19°C, variando entre 14°C

(média das mínimas) e 26°C (média das máximas). O município integra a Bacia do Rio Doce e é banhado pelo Rio Piranga.

O município possui dois distritos: Rosário do Pontal e Vau- Açu. Faz divisa com outros nove municípios: Santa Cruz do Escalvado, Urucânia, Oratórios, Amparo do Serra, Teixeiras, Guaraciaba, Acaiaca, Barra Longa e Rio Doce.

Historicamente, Ponte Nova tem vocação agrícola. No passado, seu principal pilar de sustentação econômica era a cana-de-açúcar (grande ciclo, com o açúcar chegando a mercados distantes e a aguardente sendo consumida largamente na região). Atualmente, destaca-se no setor da suinocultura, bastante desenvolvido e tecnificado.

Para a economia da cidade o setor de serviços tem grande importância, pois é o que possibilita a circulação de dinheiro no mercado e gera grande parte dos empregos. O comércio atacadista de armazéns, por exemplo, distribui produtos para mais de 6.500 localidades com mais de 80 mil clientes cadastrados(IBGE, 2009).

Ainda no setor de serviços, a saúde merece destaque com modernização e conseqüente injeção de recursos nos hospitais particulares que também prestam serviços ao SUS. O município é favorecido e caracterizado pela implantação da Gestão Plena do SUS, o HEMOMINAS Regional e por ser Sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS - AMAPI). O município ainda sedia a Região Administrativa do Vale do Piranga e a Associação dos Municípios do Vale do Piranga (AMAPI).

Alguns dados importantes:

- **Fundação:** 30 de outubro de 1866.
- **População (de acordo com o censo IBGE 2000):** 55.503 habitantes.
- **População residente na zona urbana:** 48.997 habitantes.
- **População residente na zona rural:** 6.306 habitantes.
- **Área Total:** 470 km².
- **Contagem da população em 2007:** 55.687 habitantes.
- **PIB:** 509.679 reais.
- **PIB per capita (2006):** 8.888 reais.
- **Valor adicionado na Agropecuária:** 20.943 reais.
- **Valor adicionado na Indústria:** 83.091 reais.
- **Valor adicionado no setor de Serviços:** 351.843 reais.

Tabela 1. População Residente por faixa etária e sexo (Censo Demográfico 2000)

População residente por faixa etária e sexo (Censo Demográfico 2000)			
Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	2254	2247	4501
5 a 9 anos	2518	2369	4887
10 a 19 anos	5463	5413	10876
20 a 29 anos	4477	4799	9276
30 a 39 anos	4114	4576	8690
40 a 49 anos	3314	3696	7010
50 a 59 anos	2039	2356	4395
60 a 69 anos	1287	1701	2988
70 a 79 anos	733	1172	1905
80 a 89 anos	304	366	670
90 anos ou mais	31	63	94

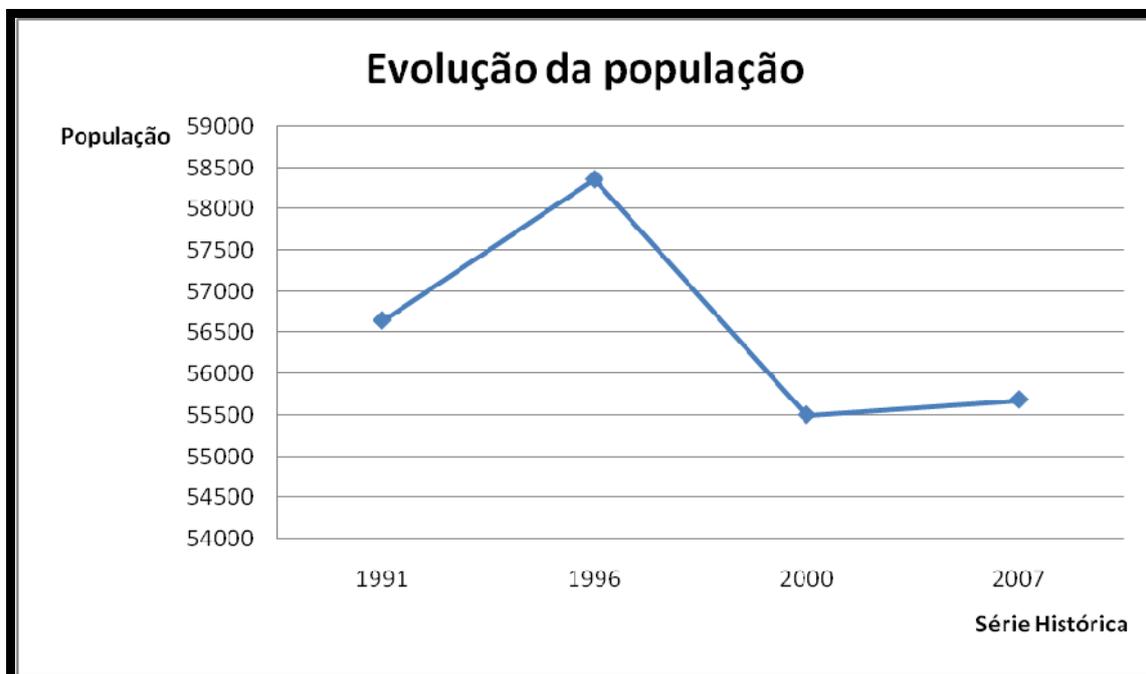
Fonte: IBGE, Censos e Estimativas, 2000.

Tabela 2. Contagem Populacional e Estimativa da população de Ponte Nova

Ano	População	Método
2009	57.654	Estimativa
2008	57.482	Estimativa
2007	55.687	Contagem Populacional
2006	57.344	Estimativa
2005	57.033	Estimativa
2004	56.720	Estimativa
2003	56.154	Estimativa
2002	55.884	Estimativa
2001	55.694	Estimativa
2000	55.303	Censo Demográfico
1999	56.031	Estimativas
1998	55.496	Estimativas
1997	54.959	Estimativas
1996	58.361	Contagem Populacional
1991	56.678	Censo demográfico

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas, 2009.

Figura 2. Evolução da população de Ponte Nova entre os anos de 1991 a 2007.



Elaborado por Débora Viviane Cremonez dos Santos

Tabela 3. Proporção da população residente – 10 anos ou mais de idade – com relação aos anos de estudo

Proporção da População Residente - 10 anos ou mais de idade – com relação aos anos de estudos:	
Anos de estudo	População
Sem instrução e menos de um ano de estudo	3642
1 a 3 anos de estudo	8290
4 a 7 anos de estudo	18378
8 a 10 anos de estudo	6626
11 a 14 anos de estudo	6803
15 anos ou mais de estudo	1928

Fonte: IBGE, 2009.

- **Densidade Demográfica (hab./km²):** 117,2.
- **Mortalidade infantil até 1 ano (por mil):** 29,2.

- **Expectativa de vida (anos):** 69,8.
- **Taxa de fecundidade (filhos por mulher):** 1,8.
- **Taxa de alfabetização:** 86,5 %.
- **IDH-M:** 0,766.
- **IDH-M Renda:** 0,690.
- **IDH-M Longevidade:** 0,747.
- **IDH-M Educação:** 0,862.

Complementando as informações, têm-se abaixo alguns gráficos e tabelas referentes à saúde no município de Ponte Nova.

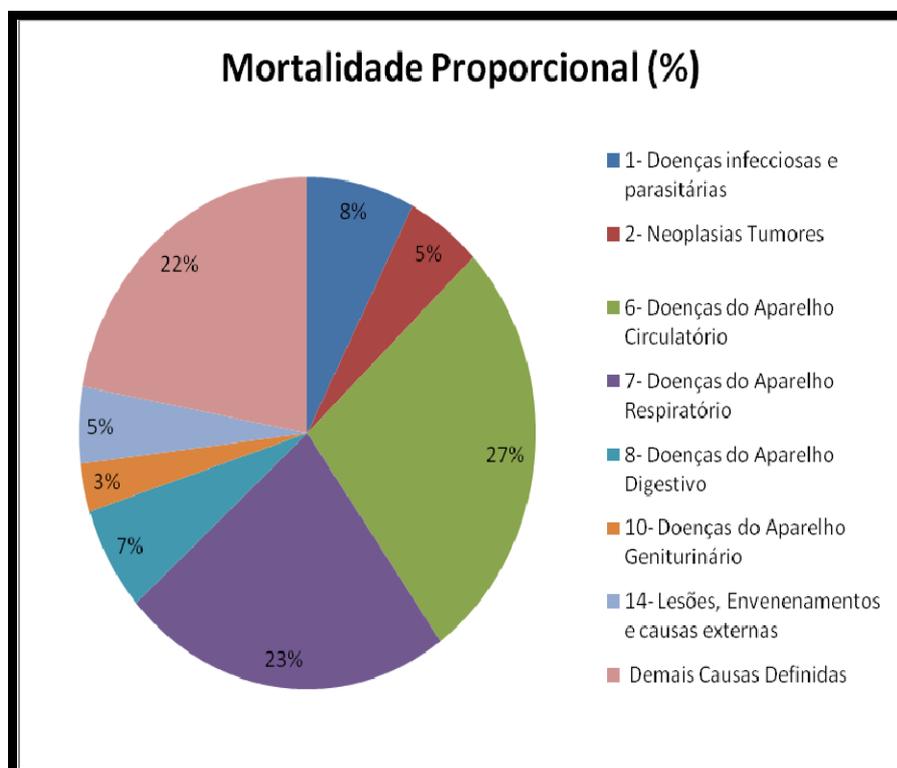
Tabela 4. Morbidades Hospitalares por Sexo segundo Grupo de Causas

Morbidades Hospitalares por Sexo segundo Grupo de Causas			
Ano 2008			
Grupo de Causas	Homens	Mulheres	Total
(1) Óbitos Doenças infecciosas e parasitárias	15	15	30
(2) Óbitos Neoplasias - Tumores	11	10	21
(3) Óbitos Doenças do sangue, órgãos hematológicos, transtornos imunitários	1	6	7
(4) Óbitos doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	13	8	21
(5) Óbitos doenças do sistema nervoso	1	5	6
(6) Óbitos doenças do Aparelho Circulatório	67	40	107
(7) Óbitos doenças do Aparelho Respiratório	52	40	92
(8) Óbitos doenças do Aparelho Digestivo	14	12	26
(9) Óbitos doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	0	1
(10) Óbitos doenças do Aparelho Geniturinário	7	5	12
(11) Óbitos doenças originadas no Período Perinatal	3	1	4
(12) Óbitos Má formação congênita, Deformidades e Anomalias Cromossômicas	0	1	1
(13) Óbitos sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	25	15	40
(14) Óbitos Lesões, envenenamentos e causas externas	17	2	19
(15) Óbitos causas externas de morbidade e mortalidade	1	0	1

(16) Óbitos Contatos com serviços de Saúde	3	3	6
--	---	---	---

Fonte: IBGE, 2008

Figura 3. Mortalidade Proporcional segundo grupos de causas



Fonte: IBGE, 2008

Tabela 5. Serviços de Saúde (2005)

Serviços de Saúde - 2005	
Tipo de Estabelecimento	Total
Estabelecimentos de Saúde Total	40
Estabelecimentos de Saúde – Público Total	25
Estabelecimentos de Saúde – Público Federal	6
Estabelecimentos de Saúde - Público Estadual	2
Estabelecimentos de Saúde - Público Municipal	17
Estabelecimentos de Saúde Privado Total	15
Estabelecimentos de Saúde Privado com fins lucrativos	13
Estabelecimentos de Saúde Privado sem fins lucrativos	2

Estabelecimentos de Saúde Privado/SUS	7
Estabelecimentos de Saúde com internação Total	2
Estabelecimentos de Saúde sem internação Total	24
Estabelecimentos de Saúde com apoio à diagnose e terapia total	14
Estabelecimentos de Saúde sem internação - Público	23
Estabelecimentos de Saúde com apoio à diagnose e terapia - Público	2
Estabelecimentos de Saúde sem internação - Privado	1
Estabelecimentos de Saúde com apoio à diagnose e terapia - Privado	12
Estabelecimentos de Saúde total privado/SUS	7
Estabelecimentos de Saúde com internação – Privado/SUS	2
Estabelecimentos de Saúde com apoio à diagnose e terapia – Privado/SUS	5
Estabelecimentos de Saúde especializados sem internação total	12
Estabelecimentos de Saúde com especialidades sem internação total	12
Estabelecimentos de Saúde geral com internação total	2
Estabelecimentos de Saúde geral sem internação total	14
Estabelecimentos de Saúde especializados sem internação - público	5
Estabelecimentos de Saúde com especialidades sem internação - público	6
Estabelecimentos de Saúde geral sem internação - público	14
Estabelecimentos de Saúde especializados sem internação - privado	7
Estabelecimentos de Saúde com especialidades sem internação - privado	6
Estabelecimentos de Saúde geral com internação - privado	2
Estabelecimentos de Saúde especializados sem internação – privado/SUS	3
Estabelecimentos de Saúde com especialidades sem internação – privado/SUS	2
Estabelecimentos de Saúde geral com internação – privado/SUS	2
Estabelecimentos de Saúde SUS	32
Estabelecimentos de Saúde – plano próprio	2
Estabelecimentos de Saúde – planos de terceiros	15
Estabelecimentos de Saúde – próprios	15
Estabelecimentos de Saúde – único total	39
Estabelecimentos de Saúde com terceirização total	1

Estabelecimentos de Saúde terceirizados total	1
Estabelecimentos de Saúde único público	25
Estabelecimentos de Saúde único privado	14
Estabelecimentos de Saúde com terceirização privado	1
Estabelecimentos de Saúde terceirizados privado	1
Estabelecimentos de Saúde único privado/SUS	6
Estabelecimentos de Saúde com terceirização privado/SUS	1
Estabelecimentos de Saúde terceirizados privado/SUS	1
Leitos para internação em Estabelecimentos de saúde Total	266
Leitos para internação em Estabelecimentos de saúde privado Total	266
Leitos para internação em Estabelecimentos de saúde privado/SUS	266
Estabelecimentos de saúde com atendimento ambulatorial total	24
Estabelecimentos de saúde com atendimento ambulatorial sem atendimento médico	1
Estabelecimentos de saúde com atendimento ambulatorial com atendimento médico em especialidades básicas	22
Estabelecimentos de saúde com atendimento ambulatorial com atendimento médico em outras especialidades	5
Estabelecimentos de saúde com atendimento ambulatorial com atendimento odontológico com dentista	3
Estabelecimentos de saúde com atendimento de emergência total	2
Estabelecimentos de saúde com atendimento de emergência pediatria	2
Estabelecimentos de saúde com atendimento de emergência obstetrícia	2
Estabelecimentos de saúde com atendimento de emergência clínica	2
Estabelecimentos de saúde com atendimento de emergência Cirurgia	1
Estabelecimentos de saúde com atendimento de emergência traumato-ortopedia	2
Estabelecimentos de saúde com atendimento de emergência Outros	1
Estabelecimentos de saúde que prestam serviços ao SUS ambulatorial	23
Estabelecimentos de saúde que prestam serviços ao SUS Internação	2
Estabelecimentos de saúde que prestam serviços ao SUS Emergência	2
Estabelecimentos de saúde que prestam serviços ao SUS UTI/CTI	2
Estabelecimentos de saúde que prestam serviços ao SUS Diálise	2

Fonte: IBGE, 2005.

Ponte Nova está inserida na categoria Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, que se caracteriza pelo vínculo entre todas as unidades que prestam Serviço de Saúde e o Gestor Municipal. A Secretaria Municipal de Saúde do município é responsável pela gerência dos serviços e conseqüentes ações de promoção à saúde, bem como serviços hospitalares e ambulatoriais. Há uma hierarquização e princípios de regionalização dos serviços em saúde onde estão definidas as referências intermunicipais e garantidos os mecanismos necessários à sua efetivação. O pagamento dos prestadores de serviços e dos serviços é também realizado pelo Gestor de Saúde do município.

3. ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS - GESTORA E EQUIPE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

3.1 Questionário da Gestora do Programa Saúde da Família

A Gestora do Programa Saúde da Família em Ponte Nova demonstrou-se bastante interessada com a realização da pesquisa e atendeu prontamente aos questionamentos que lhe foram feitos. Afirmou ainda, que gostaria de ter acesso quando esta estivesse concluída.

Durante a entrevista revelou sua formação deixando bastante explícita sua escolha pela Estratégia Saúde da Família. A Gestora é enfermeira especialista em Saúde da Família, possui MBA em Gestão e Auditoria de Serviços de Saúde e também é Docente em dois cursos de Pós-graduação: Saúde da Família na UNIVICOSA e Saúde Coletiva na PUC Minas.

Segundo a mesma, é política da administração pública municipal permitir e colaborar com pesquisas acadêmicas de toda e qualquer natureza, mediante a possibilidade de acesso e utilização do produto de tais pesquisas.

Quando questionada sobre o funcionamento do sistema de saúde a gestora buscou precisar o número de habitantes do município e localizá-lo regionalmente no estado de Minas Gerais:

“Ponte Nova possui 57.648 habitantes e encontra-se na Zona da Mata.”

Explicitou a inclusão do município na categoria Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Tal inclusão possibilita Ponte Nova polarizar os municípios vizinhos, na medida em que grande contingente populacional se desloca em busca de serviços de saúde e acabam por se utilizar de serviços de outra natureza, injetando recursos principalmente no comércio:

“É sede da micro e macro Gerência Regional de Saúde e Plena de Sistema, pois de acordo com o Plano Diretor de Regionalização atende aproximadamente 19 municípios

vizinhos, que possuem o acesso aos bens e serviços da rede de atenção à saúde, composta pelos serviços de média e alta complexidade”.

Em seguida, lista os serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde em Ponte Nova, sem, contudo caracterizá-los minuciosamente. Tal fato pode ser indicativo da centralização de suas atividades no Programa Saúde da Família, o que seria um problema na medida em que o PSF se caracteriza como *porta de entrada do Sistema de Saúde (grifo meu)* e encaminha os pacientes que necessitam de especialidades mais complexas:

“A rede de atenção à saúde de Ponte Nova é composta de:

- 13 Equipes de Saúde da Família (70% de cobertura assistencial);*
- 01 PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);*
- 01 Policlínica (Fisioterapia e reabilitação; Serviços de Assistência Especializada em DST's/AIDS, Hanseníase e Tuberculose);*
- 01 CAPS;*
- 01CEO (Centro de Especialidades Odontológicas);*
- 02 Hospitais;*
- Laboratórios conveniados e laboratório municipal”.*

Verificou-se que a mesma possui conhecimentos ampliados sobre os serviços de saúde no município e as informações dadas são coerentes com os dados levantados pelo IBGE em relação aos serviços de saúde em 2005.

No que diz respeito ao histórico do PSF no município a gestora indica o ano de implantação da Estratégia Saúde da Família em Ponte Nova e qual Sistema existia anteriormente. Estabelece ainda um paralelo entre a cobertura inicial e a atual do Programa:

“A Estratégia de Saúde da Família foi implantada em Ponte Nova em 2001. Anterior a este período, o sistema de saúde era predominantemente ambulatorial e possuía 01 PACS. Iniciou-se com 12 ESF's e 01 PACS, cobrindo cerca de 62,10% da população residente. Em 2007 foi criada mais 01 ESF (Centro) que possibilitou uma cobertura populacional de 70%. No mesmo ano foram criadas as ESBucal, que atualmente são 13, no total”.

Percebeu-se a intencionalidade da Gestora em demonstrar que o Programa do município está em expansão, visando chegar ao atendimento de 100% de cobertura populacional.

Quando questionada sobre a existência de capacitação para os profissionais do Programa, menciona um curso de introdução ao PSF há 10 anos atrás. A implantação da Estratégia Saúde da Família no município se deu em 2001, pode-se inferir, portanto, que o PACS era um modelo de transição para a implantação efetiva do PSF em Ponte Nova:

“Tenho informações de que há 10 anos atrás, para os ACS do PACS existia o Curso Introdutório para o PSF. Depois este curso introdutório deixou de existir”.

Após seu ingresso no serviço de saúde do município a Gestora coordenou um curso de formação de ACS que não teve continuidade devido há uma ruptura de contrato.

“Quando ingressei-me em Ponte Nova , em 2003, não havia capacitação para as ESF e muito menos para quem era admitido nas ESF. Cada profissional procurava seu aperfeiçoamento sozinho, por meio de pós-graduações em Saúde da Família. Em 2005 houve o Curso de Formação Técnica de ACS, no qual fui a Coordenadora. O curso era composto por 03 Módulos, era uma parceria da Escola de

Saúde Pública e a UFMG. Era um curso de formação em serviço. Com carga horária de 400 horas/módulo. Porém, o curso se findou no Módulo 1, não obtivemos o 2 nem o 3, devido a uma interrupção de contrato entre a ESP e a UFMG”.

Novamente a Gestora deixa claro pontos positivos do Programa. Através da existência de um curso de capacitação espera-se que os membros das equipes melhorem o aproveitamento no trabalho.

De acordo com a mesma, o Governo de Minas Gerais vêm ampliando os recursos destinados à Estratégia Saúde da Família e nesse sentido oferece cursos de capacitação permanente para todos os membros das ESF’s:

“Em 2008, o Governo de Estado de Minas Gerais, implanta o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS), uma fantástica forma de educação permanente, mas não apenas para ACS ou médico ou enfermeiros isoladamente, mas para todos os membros da ESF. São 10 oficinas de 20 horas cada uma. É também uma educação em serviço e Ponte Nova já está na oitava oficina. Cada oficina possui um tema referente ao processo de trabalho das ESF e seus determinantes e condicionantes”.

Questionada se o conceito de território é construído conjuntamente em cursos de capacitação oferecidos para as ESF’s, pode-se notar que há certa confusão entre território e territorialização, entretanto a Gestora afirma:

“Com certeza, sim. Na oficina 02 e 03 houve a discussão sobre a territorialização das ESF, seu conceito e como toda a Equipe precisa entender e conhecer a sua área de abrangência para planejar as ações de saúde”.

Também coloca as formas de abordagem das oficinas e cita um novo termo, “recursos do território”:

“A abordagem foi teórica e prática, onde os profissionais tiveram que descrever o território de abrangência, desenhar em um mapa, caracterizando todos os recursos do território (área de risco, associações de bairros, recursos como Igrejas, escolas, etc.), bem como o acesso da população à Unidade de Saúde”.

Em outro ponto, pergunta-se se o conceito de território está presente nas discussões internas realizadas pelas Equipes de Saúde:

“Sim, mesmo porque, após esta OFICINA foi despertado nos profissionais, principalmente nos Dentistas, que o diagnóstico epidemiológico do território era a base para o planejamento de ações da ESF, uma vez que determinava os dados demográficos, geográficos, sócio-culturais e econômicos, que poderiam contribuir, efetivamente, para o resultado positivo das ações”.

Nesta fala, a Gestora acrescenta dois novos elementos importantes para a discussão que aqui se pretende fazer. Em primeiro lugar, afirma que as oficinas despertaram interesse sobretudo nos dentistas, porém não fica claro o porquê de tal afirmação. Em segundo lugar está o reconhecimento da importância do território para o resultado das ações implementadas pelo PSF. Pareceu-nos ainda, que a Gestora identifica e reconhece como legítimas as diversas facetas e dimensões do território.

Finalizando sua exposição, a Gestora é questionada se a percepção e entendimento do conceito de território influenciam ou não os resultados obtidos pelas Equipes de Saúde da Família. Neste momento, a mesma estabelece uma associação entre a percepção do território e impactos positivos das ações das ESF's:

“Como já referido anteriormente, com certeza a percepção por parte dos profissionais quanto ao território permite um bom impacto das ações realizadas pelos mesmos”.

Em outro ponto de sua fala, a Gestora reconhece a existência de peculiaridades nas comunidades adscritas pelo território. Para a mesma, o território seria fator determinante de tais peculiaridades. Afirma ainda ser o território marco inicial de trabalho dos profissionais do PSF, tal como é explicitado em documentos oficiais do Ministério da Saúde:

“(...) a Estratégia de Saúde da Família, que possui uma comunidade adstrita com peculiaridades que são interferidas e determinadas pelo território (processo saúde-doença, aspecto cultural, social e econômico). Não se trabalha Saúde da Família, sem primeiramente fazer o diagnóstico populacional daquela comunidade, portanto o TERRITÓRIO é o marco inicial do trabalho dos profissionais da Saúde da Família”.

Aqui, percebe-se uma confusão conceitual a respeito do território. Em determinado momento, a Gestora reconhece o território como produto e produtor de relações sociais na medida em que o coloca como interação entre o processo saúde-doença e aspectos sócio – econômicos e culturais. Em seguida, reduz o território para apenas um diagnóstico populacional. Essas divergências minimizam o alcance das intervenções do Programa, na medida em que não se possui uma diretriz a ser seguida.

3.2 Questionário da Equipe de Saúde da Família (ESF)

No PSF Centro há apenas uma enfermeira responsável. A abordagem se deu em um clima bastante harmonioso, porém foi possível perceber certa desconfiança por parte da mesma. A enfermeira questionou sobre a autorização para efetuar a pesquisa,

que havia sido dada com bastante antecedência pela Gestora do Programa Saúde da Família.

São aproximadamente 16 integrantes da Equipe de Saúde, sendo que destes, 8 são Agentes Comunitários. São 1246 famílias cadastradas, com aproximadamente 4.250 pessoas. Os bairros pertencentes à área de atuação são os seguintes: Nova Copacabana, Primeiro de Maio, Copacabana, Centro, Sumaré e Rosário. Por sua vez, a Área de Atuação é subdividida em 8 microáreas onde cada ACS é responsável por uma delas.

No PSF Dr. Juquinha Lana I e II a Equipe de Saúde é ampliada, isto se deve à grande extensão da área de atuação e grande contingente populacional. A área de atuação compreende os seguintes bairros: Pacheco (Sagrado Coração de Jesus), São Geraldo, Central, Vale Suíço e Vila Alvarenga. São duas as Enfermeiras responsáveis, sendo que cada uma delas responde por uma Equipe. Uma das Equipes atende uma população de 1096 famílias, enquanto a outra atende 958 famílias, totalizando 2054 famílias atendidas pelo Programa com aproximadamente 8000 pessoas.

A abordagem foi bastante satisfatória, entretanto, todos os procedimentos necessários para a efetivação da pesquisa foram coordenados por apenas uma das enfermeiras.

De forma geral, as respostas ao questionário das Equipes de Saúde do PSF Centro e Dr. Juquinha Lana I e II atenderam às expectativas da pesquisa.

Oito pessoas que compõem as Equipes de Saúde da Família já tiveram algum tipo de experiência anterior com o PSF. Efetivamente apenas dois profissionais já tiveram contato com o Programa, porém em outra Equipe:

“Sim, neste mesmo município, porém em outra equipe”.

(Dentista)

“Sim, mas em outra Equipe”. (Auxiliar de consultório dentário)

Dois Agentes Comunitários tiveram experiências anteriores com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que pode ser entendido como modelo de transição para o Programa Saúde da Família. No PACS as ações dos agentes são orientadas e

supervisionadas por um enfermeiro responsável ligado a uma Unidade Básica de Saúde. Atualmente são mais de 204.000 ACS em todo o Brasil (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2000). Um deles iniciou no PACS e já está no PSF há três anos:

“Estou no Programa há 11 anos, 8 anos no PACS e 3 anos no PSF.” (ACS 15)

“Não propriamente na Equipe de Saúde da Família. Mas atuei no PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde)”. (ACS 10)

Das Enfermeiras responsáveis pelos PSF's, apenas uma relatou já ter tido experiências anteriores com o Programa. Outras duas relataram que o contato havia sido por meio de estágios durante a graduação:

“Apenas em estágios curriculares/extracurriculares”. (Enfermeira 1)

“Na Graduação, durante o internato rural da UFMG no município de Piranga”. (Enfermeira 3)

Um técnico em enfermagem também afirmou já ter tido contato com o Programa Saúde da Família em outra oportunidade.

Quando questionados sobre o funcionamento do sistema de saúde no município, muitos demonstraram ter desconhecimento do mesmo:

“O sistema é para atender pessoas carentes que necessitam do serviço público”. (ACS 9)

“Em constante processo de desenvolvimento”. (ACS 3)

Na fala do ACS 9 pode-se perceber o discurso equivocado e que é comumente disseminado, de que o SUS é uma concessão do Governo; que é para pessoas pobres,

etc. Na verdade, o acesso à saúde é um direito garantido por meio da Constituição e é dever do Estado. É um serviço garantido para todos, apesar de suas limitações e dificuldades.

Alguns mencionaram os Três níveis de Atenção à saúde, sem, contudo especificar as unidades que o compõem:

“Funciona de forma integral, nos três níveis de atenção (primária, secundária e terciária)”. (Enfermeira 1)

“Tal sistema é dividido em três níveis, são eles: atenção básica, atenção secundária e terciária”. (Técnica em Enfermagem)

Dois integrantes da Equipe de Saúde foram um pouco mais diretos, demonstraram certo conhecimento:

“Funciona em três níveis de atenção: atenção básica, representada por 13 ESF, atenção secundária e terciária”. (Auxiliar de consultório dentário)

“Dividido em três níveis de atenção: atenção básica, representada por 13 ESF, atenção secundária e terciária, sendo que ainda há áreas descobertas de PSF, assistidas pelo PACS”. (Dentista)

Alguns demonstraram alto conhecimento do sistema de saúde no município de Ponte Nova:

“Em Ponte Nova, o Sistema Municipal de Saúde possui 13 equipes de PSF e 1 PACS que compõem a Atenção Primária à Saúde. O SAMMDU (Serviço de Atendimento Médico Municipal de Urgência), o CAPS (Centro de Atenção

Psicossocial), a Policlínica Milton Campos e o CEO (Centro de Especialidade Odontológica) correspondem ao nível secundário de atenção a saúde. no nível terciário temos o Hospital Arnaldo Gavazza Filho e o Hospital Nossa Senhora das Dores”. (Enfermeira 3)

Outros serviços de grande importância também foram citados:

“(…) Na retaguarda temos 1 laboratório, e o CIS AMAPI (Consórcio Intermunicipal de Saúde).” (Enfermeira 2)

Os profissionais das ESF's são responsáveis pelo encaminhamento dos pacientes que necessitam de especialidades de maior complexidade. Se os mesmos não possuem conhecimentos a cerca dos demais serviços em saúde oferecidos pelo município há uma lacuna naquilo que é apregoado pelo Programa e isto é extremamente negativo.

Pode-se perceber que a Gestora e grande parte dos membros da Equipe de Saúde da Família estão afinados no que diz respeito ao conhecimento do sistema de saúde do município.

A maior dificuldade citada pelos componentes das duas Equipes de Saúde da Família foi a demora no agendamento para consultas especializadas e marcação de exames de todo tipo, desde os mais simples até os mais complexos:

“As dificuldades continuam sendo a demora em alguns procedimentos e consultas especializadas (ultrassonografias, ortopedia e T.F. D)”. (ACS 10)

“As dificuldades são a demora nos atendimentos especializados, devido ao número restrito de vagas”. (Enfermeira 1)

“Mas a demanda da população é grande, as vezes demora muito sair a vaga tão esperada. Eu por exemplo estou esperando uma vaga no ortopedista desde dezembro do ano passado(10 meses)”. (Auxiliar Administrativo I)

“Demora nos serviços especializados e muitas vezes atendimento precário, não respeitando os princípios do SUS”. (ACS 3)

As dificuldades que são citadas pelos membros das ESF's refletem as limitações do SUS, a demora na marcação de exames e consultas tem a ver com a falta de organização e má gerência em determinados momentos entre outros fatores. Pesquisar o SUS com todos os seus benefícios e limitações é tarefa árdua e tema para outra inúmeras pesquisas.

A falta de equipamentos também foi bastante lembrada nas falas dos membros das EFS's:

“Falta recursos materiais, humanos e estruturais que permeiam as ações da Equipe”. (Enfermeira 2)

“As dificuldades estariam nas condições de trabalho (nem sempre ideais), na falta de equipamentos mais modernos, material áudio visual educativo (...)”. (Dentista)

“A falta de recursos, tais como materiais para atividades educativas, medicamentos, marcações de exames”. (ACS 14)

A alocação e aplicação de recursos também se dão de forma improvisada muitas das vezes e o atendimento é prejudicado quando os equipamentos estão em estado precário de conservação ou até mesmo em falta no estabelecimento de saúde. Deve-se salientar também que alguns profissionais estão despreparados para atuar nestes espaços por falta de capacitação e identificação como Programa.

Para a equipe de saúde do Centro o principal problema está no tamanho da área de cobertura do PSF:

“Em meu PSF, PSF Centro, o maior problema é o número de famílias acima do recomendado pelo M.S. Trabalhamos com 1200 famílias, sendo que 4.300 pessoas são cadastradas. O ideal seria que a unidade tivesse em torno de 3.600 pessoas.”. (Enfermeira 3)

“Na nossa equipe, em particular, o tamanho da área é a maior dificuldade (a população ultrapassa o máximo de pessoas permitido por equipe”. (Dentista)

O transporte precário também é visto como fator limitante das ações:

“Apoio logístico, acesso a determinadas especialidades ex: ortopedia. Demora na realização de alguns exames. Transporte para equipes precário”. (ACS 15)

“Distância de comunidades mais carentes. A unidade é central, distantes dos bairros 1º de maio, Sumaré e Copacabana. Ausência de transporte para as visitas domiciliares”. (Enfermeira 3)

Dois problemas citados anteriormente têm estreita ligação entre si: o excesso da área de cobertura e a falta de transporte ou sua precariedade. O Ministério da Saúde preconiza que as áreas de cobertura não ultrapassem o limite de 4500 pessoas atendidas. Este limite sendo ultrapassado, a Unidade de Programa Saúde da Família fica “irregular” perante o Sistema e deixa de contar com algumas vantagens, já que os recursos também se dão com base na divisão geográfica e populacional das unidades.

Como principal ponto positivo das ações das Equipes de Saúde da Família foi colocado o estabelecimento de um vínculo de proximidade e cumplicidade com a população atendida:

“É positivo trabalhar em equipe, em especial quando a equipe se dá bem e é aplicada como a nossa. Também é muito bom no sentido de integralidade, de cuidar dos indivíduos como um todo”. (Dentista)

“Trabalhar em equipe, vínculo com as famílias, participar da política pública de saúde”. (ACS 14)

“Equipe multiprofissional envolvida, vínculo com a comunidade, possibilidade de transformar a realidade comunitária”. (Enfermeira 3)

*“De positivo podemos destacar o atendimento à população através das equipes saúde da família (prevenção, educação em saúde e acompanhamento de pacientes crônicos”).
(ACS 10)*

*“As nossas visitas domiciliares, pois temos contatos com a comunidade nos ajuda a ter um entendimento melhor”.
(ACS 2)*

“O lado positivo é o trabalho nos domicílios e nas comunidades pelos PSF’s, o trabalho dos agentes de combate a dengue entre outras coisas”. (ACS 1)

Também foi salientado como ponto positivo a facilidade de acesso à UBS (Unidade Básica de Saúde):

“Prioridades para as pessoas com diferencial”. (ACS 5)

“Acesso as unidades básicas de saúde, para atendimento médico, prioridades para pessoas com diferencial ex: gestantes, idosos e crianças etc.”. (ACS 7)

E ainda, o atendimento e oferecimento de medicamentos gratuitos pelo SUS, mediado pelas equipes:

“Eu acho positivo o governo ter ajudado bastante o sistema com remédios barato. Medicamentos genéricos, similares e farmácia popular e muita medicação gratuita nos PSF’s”.
(Auxiliar Administrativo I)

“Alguns remédios que antes não conseguíamos achar pelo SUS agora aos poucos o SUS vem fornecendo. Alguns exames também”. (ACS 16)

Quando questionados sobre a escolha de trabalhar no Programa Saúde da Família muitos afirmaram ser gratificante a profissão, pois reconhecem o resultado e a importância de suas ações:

“Porque sempre sonhei em fazer algum benefício ao meu próximo, um tipo de ajuda, acolhimento carinho. E é muito importante para mim trabalhar o equilíbrio vendo no outro problemas, que as vezes supera os meus. Amo o que faço e faço por prazer”. (ACS 7)

“Porque me identifico com o projeto saúde da família; tenho oportunidade de trabalhar com famílias que realmente precisam; pessoas carentes e indefesas.”. (ACS 12)

“Pelo fato de ajuda ao próximo, pelas amizades constituídas, pelas trocas de carinho entre nós e os pacientes”. (Técnico em Enfermagem 2)

“Trabalhar neste programa é muito bom, ser útil a um grande número de pessoas, quando tem condições e você vê um resultado razoável ou bom”. (Auxiliar Administrativo I)

Os pontos positivos que foram relatados nas falas dos profissionais – o estabelecimento do vínculo, a facilidade de acesso e o atendimento e medicação gratuitas estão de acordo com os princípios doutrinários do SUS: a universalidade, a integralidade e a equidade. A universalidade significa dizer que o SUS é direito de todos, a integralidade visa entender o ser humano em todos os aspectos e a equidade garante que o usuário seja atendido de acordo com sua necessidade.

Os pontos positivos ditos acima nos permitem afirmar que o Programa Saúde da Família, em sua essência, atende perfeitamente aos princípios doutrinários do SUS. Acredita-se que atualmente o PSF seja capaz de atender cerca de 80 % das necessidades de saúde da população, gerenciando de forma sustentável os recursos que são destinados para essa finalidade.

Outros enfatizaram as ações do programa como sendo de fundamental importância:

“Trabalhar no Programa Saúde da família para mim é acreditar que o governo federal apostou numa estratégia que não tem mais volta. A população não saberá mais viver sem o PSF o qual atua na promoção e recuperação da saúde, prevenção das doenças e agravos com ênfase nos grupos vulneráveis da população: crianças, gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos, portadores de deficiência mental saúde da mulher e do adolescente”. (Enfermeira 2)

“Pela identificação com as diretrizes de saúde pública voltada para prevenção e não apenas tratar doenças”.

(ACS 10)

Alguns deixaram claro que a opção por trabalhar no PSF em primeiro lugar era uma necessidade, seguida pela sensação de trabalho gratificante:

“É um trabalho que necessita de muita compreensão! Apesar de gostar, entrei por necessidade”. (ACS 14)

“Apesar de gostar, não foi por opção e sim por necessidade”. (ACS 13)

A necessidade de entrar no serviço público verificou-se de maior impacto para os profissionais que a identificação com o Programa. Tal fato influencia diretamente as ações do PSF, na medida em que o mesmo se baseia no estabelecimento de vínculos e na reciprocidade entre equipe e população atendida.

Para os membros da Equipe de Saúde da Família a capacitação é fundamental, por se tratar de um novo modelo de atenção à saúde, que procura mudar concepções no serviço público e das próprias pessoas. No que diz respeito à capacitação pode-se perceber que alguns membros das ESF's não tiveram um momento de capacitação:

“Quando comecei a trabalhar não tive capacitação fui jogada na área; o importante é que eu já trabalhava na comunidade (...)”. (ACS 12)

“Não (...). Fiz uma prova de seleção e através dos colegas fui tomando conhecimento”. (ACS 4)

Em outros momentos a capacitação foi realizada da seguinte forma pelos membros das equipes:

“Realizei especialização em Saúde Coletiva pela UFMG e atualmente realizo uma em Saúde da Família pela faculdade de Medicina da UFMG. Faço capacitação do Plano Diretor da Atenção Primária a Saúde”. (Enfermeira 3)

“Foi realizado a primeira etapa do curso técnico de ACS, a coordenadora da época em que comecei a trabalhar, disponibilizou livros e apostilas existentes na UBS para estudo e tirar dúvidas em relação ao PSF, doenças e demais casos e situações”. (ACS 3)

“Um dia só de curso de humanização, mas eu acho que deveria ser mais em um curso mais específico. Porque ser humano e ser dedicado ao próximo é um dever do ser humano não obrigação de tratar bem e receber bem”. (Auxiliar Administrativo I)

“(…) Através da GRS de Ponte Nova e Secretaria Estadual de saúde”. (Enfermeira 2)

Em sua maioria, todos os membros das ESF's que realizaram capacitação para trabalhar ou já trabalhando no Programa afirmaram que o conceito de território foi abordado a todo o momento e de forma exaustiva.

Quando as perguntas referiam-se especificamente ao território no âmbito das ações dos PSF's muitos se esquivaram, enquanto outros reproduziram e enfatizaram a concepção que está presente nos documentos oficiais sobre o Programa:

“A territorialização no PSF é fundamental para dar suporte a outro princípio: o vínculo. A atenção e o cuidado com as famílias é mais viável se o número destas está localizado em uma área restrita, próxima à UBS(Unidade Básica de Saúde)”. (Dentista)

“Território não é apenas um espaço geográfico delimitado para uma equipe Saúde da Família, é um espaço onde se dão as relações entre os sujeitos, as relações sociais e culturais”. (Enfermeira 3)

“Compreende-se por território o da área de abrangência de cada equipe a qual é subdividida por microáreas atuadas, diretamente pelo ACS”. (Enfermeira 2)

“A divisão da área e microárea para entender melhor as dificuldades e realidades das famílias pelas Equipes de Saúde”. (ACS 4)

“Divisão de áreas e microáreas, que deve constantemente ser analisada e se possível redividida, devido ao processo de crescimento populacional, para evitar assim uma discussão desordenada e desigual”. (ACS 3)

Sobre a importância do conceito de território para que as ações do Programa Saúde da Família sejam efetivadas, as opiniões foram bastante diferenciadas:

“Como enfermeira sou responsável pela territorialização da área e quando há necessidade realizo mudanças em busca da melhoria do acesso. Compreendo que ela (a territorialização) define as pessoas que estão sob a nossa responsabilidade em busca da resolutividade das ações em saúde”. (Enfermeira 3)

“Para que se organizem melhor as ações do PSF, reunindo grupos de pessoas, em áreas próximas, que geralmente

possuem características sócio – econômico – culturais semelhantes”. (Dentista)

“Porque levantando o risco, inicia-se o processo a ser feito em cada comunidade. Ex: se existem casas construídas pertos de barrancos ou rios, o risco de desabamento e mortes é provável. E assim começa o trabalho, que esses casos de risco sejam trabalhados”. (ACS 7)

“Eu acho que é para o melhor planejamento do gestor”. (Auxiliar Administrativo I)

“Se na tivesse essa divisão, não seria possível atender as particularidades de cada família”. (ACS 4)

Finalizando o questionário, as principais dificuldades apontadas pelos membros das ESF's foram o excesso de pessoas atendidas pelos PSF's e a falta de entendimento por parte da população do que vem a ser o Programa Saúde da Família:

“Com a grande quantidade do número de pessoas que pertencem ao PSF que dá a sensação de não ser eficiente e não está fazendo o trabalho corretamente”. (Técnico em Enfermagem 2)

“Com o excesso de pessoas pertencentes ao nosso PSF, que nos dá a sensação de nunca sermos eficientes, coletivamente”. (Dentista)

“Preocupo muito sobre o conceito que a população ainda não sabe direito o que quer dizer a sigla PSF, embora ainda divulgado eles não entendem ou não querem entender falta

interesse e com isso muita dificuldade”. (Técnico em Enfermagem 1)

“Com as pessoas que acham que o ACS é apenas uma pessoa desocupada que anda pela rua sem nenhum objetivo. Outra dificuldade é a má remuneração”. (ACS 1)

“A maior dificuldade são as famílias que não recebem o trabalho dos ACS”. (ACS 13)

A má remuneração é um problema sentido em muitos setores do serviço público. Os profissionais da saúde também são atingidos por esta realidade e por se tratar de serviços essenciais à população, a falta de estímulo se torna um grande problema. Muitos estão resignados com as limitações do Programa e de suas próprias funções.

CONCLUSÃO

Através da presente pesquisa, revelou-se que em diversos momentos das falas e abordagens das equipes de saúde a noção de território e a territorialização se confundem. A distinção entre território e territorialização não é feita em nenhum momento pelos membros das ESF's.

Quando questionados, grande parte dos profissionais afirmaram participar ou ter participado de cursos de capacitação. Diante do que foi desvelado através dos questionários pode-se perceber que a capacitação é insuficiente e por vezes os profissionais são admitidos sem tê-la adquirido.

O Programa Saúde da Família busca a reorientação do modelo de atenção a saúde pautada, sobretudo, no estabelecimento de vínculos de confiança, prevenção e humanização do SUS.

A capacitação revela-se fundamental e imprescindível para que o Programa atinja suas metas, deve ser realizada de forma permanente e dando voz aos anseios, problemas e sugestões da população atendida, personificadas nos profissionais da saúde.

A equipe de saúde deve ser comprometida com suas funções. Somente através do conhecimento das necessidades, fragilidades e potencialidades de cada família é que a abordagem se dará de forma satisfatória. Toda a equipe deve estar atenta e envolvida para que as metas sejam alcançadas.

Na presente pesquisa houve o envolvimento e comprometimento de grande parte dos membros das equipes de saúde do PSF Centro e Dr. Juquinha Lana I e II. Os profissionais que não participaram da pesquisa exercem as seguintes funções: médicos, nutricionistas e pediatras.

É perceptível que o trabalho da Equipe de Saúde não atende plenamente ao que é preconizado pelo PSF. A seguir são analisados alguns dos fatores que influenciam a efetivação das ações do Programa: problemas sociais da comunidade, condições de trabalho precárias, conflitos internos e baixos salários, etc.

Os problemas sócio-econômicos e a diversidade cultural das comunidades demandam intervenções específicas e cautelosas.

As condições de trabalho precárias também estão presentes nas falas de muitos dos profissionais: *“Falta recursos, pois os mesmos são insuficientes”* [...] *“Falta*

equipamentos”, “[...] *material humano*”. Pôde-se identificar que alguns dos profissionais não estão preparados para trabalhar com certos equipamentos ou até mesmo não têm o devido cuidado na manutenção dos mesmos.

Grande fator limitante aos avanços possibilitados pela Equipe de Saúde multiprofissional são os conflitos internos. Na pesquisa, estes conflitos são desvelados através das falas dos profissionais: “*Sobrecarga da enfermeira [...]*”, “*Não cumprimento da carga horária por alguns profissionais*”, “*A dificuldade maior é que a equipe nunca pode contar com o apoio da secretária*”, “*Quando as soluções fogem do meu alcance e acabam parando por falta de incentivo do médico, ou outras instituições secundárias*”.

Identificamos nas falas acima três pontos centrais presentes nos conflitos internos das Equipes de Saúde da Família: choque entre opiniões e posturas diferentes, centralização de poder de alguns profissionais e acomodação por parte de outros.

Os profissionais têm diferente formação técnica. Todo trabalho em equipe já carrega consigo a multiplicidade de visões. A diversidade de opiniões e posturas é favorável se forem potencializadas as discussões que objetivam encontrar o ponto de equilíbrio. Também serão negativas se não possibilitarem a discussão e o enfrentamento das idéias.

Dentro dos conflitos internos identificados nas Equipes de Saúde percebe-se a divergência entre concepções de território. No jogo de poder dentro da Equipe de Saúde da Família, a visão do ACS é vencida pela hegemonia de outros técnicos (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Como a Equipe é multiprofissional e visa o atendimento integral aos indivíduos, é fundamental que todas as funções sejam ouvidas e participem ativamente do planejamento e execução das ações em saúde. Muitas vezes, tal fato gera acomodação por parte de outros profissionais, que se sentem subjugados frente a outro de maior nível intelectual, por exemplo. Também a acomodação pode surgir a partir do sentimento de impotência de muitos em relação a situações que parecem “insolúveis” ou que dependem de outros profissionais para que sejam encaminhadas.

A valorização profissional torna-se necessária. Vários foram os profissionais que reclamaram dos baixos salários. Mas a questão vai além da melhor remuneração. Diz respeito à valorização do profissional enquanto ser humano, que desperta no outro a

sensação de que é possível vencer suas limitações, ou pelo menos conviver dignamente com elas.

De todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família, o agente comunitário de saúde é o único que não possui formação específica anterior ao ingresso no Programa, sua identidade está em construção “[...] num processo de transformação de si mesmo através da alteridade” (BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI 2008, p. 59).

Percebe-se que a figura do ACS é construída no dia-a-dia do Programa Saúde da Família e que necessita de autonomia para realização efetiva do trabalho. Entende-se o agente comunitário de saúde como peça-chave dentro do PSF, caracterizando-se como o elo entre a equipe de saúde e a comunidade que se sente segura e bem atendida quando percebe que a equipe de saúde é integrada. Para isto, a autonomia dos profissionais do PSF deve ser promovida e respeitada.

Dentro das equipes de saúde do PSF Centro e Dr. Juquinha Lana, percebe-se que há um choque de opiniões entre seus membros. Tal fato deve ser contornado através da valorização dos profissionais, mediante melhores salários e capacitação permanente.

No que diz respeito à falta de veículos para visitas domiciliares e equipamentos utilizados no dia - a - dia das equipes deve-se sensibilizar o poder público municipal para a resolução do problema, visto que os recursos são garantidos por lei.

A concepção de território presente nas falas das equipes de saúde do Centro e Dr. Juquinha Lana I e II de forma geral, estão bastante atreladas às existentes e preconizadas nos documentos oficiais.

Documentos como o **Programa Saúde da Família: Saúde dentro de casa, Cartilha Entendendo o SUS** e a **NOB SUS 96-Norma Operacionais Básica do SUS** todos elaborados pelo Ministério da Saúde, identificam o território a partir das seguintes características: população adscrita e área delimitada.

A adscrição da população diz respeito ao território sob responsabilidade de ação da Equipe de Saúde da Família. Por outro lado, a delimitação da área de atuação deve levar em consideração características semelhantes da população.

Estes dois pontos de sustentação do Programa Saúde da Família (a adscrição e a delimitação de áreas) se completam e complementam. Na prática, através dos questionários podemos perceber que a visão contida nos documentos oficiais também é a que predomina entre os profissionais do PSF.

A aplicação dos questionários possibilitou-nos desvelar a noção de território das ESF's Centro e Dr. Juquinha Lana I e II; permitiu que estabelecêssemos um comparativo entre as visões dentro da própria Equipe e ainda, que a noção de território das ESF's fosse contraposta à de documentos oficiais.

Haesbaert (2004) sugere que o território seja entendido de forma integrada abarcando a dimensão espacial material das relações sociais e o conjunto de representações sobre o espaço.

Para Monken *et al.*(2008, p. 5),

A idéia de território caminharia então do político para o cultural, ou seja, das fronteiras entre os povos aos limites do corpo e afeto entre as pessoas. (...) Com forte apelo antropológico, esta abordagem de território abre boas possibilidades para a análise em saúde, particularmente a atenção básica, como para o entendimento do processo saúde-doença, principalmente em espaços comunitários. (MONKEN *et al.*, 2008, p. 5)

Conclui-se que o Programa Saúde da Família não é plenamente eficiente em função dos seguintes aspectos:

- O território é entendido e planejado com base apenas na quantificação da população (homogeneização do fenômeno);
- Participação dos médicos não é efetiva no planejamento e execução das ações em saúde;
- Divergências internas, que afetam sobremaneira o poder de impacto das ações das Equipes de Saúde.

O debate feito aqui é ponto de partida para pesquisas futuras, não esgota o tema. Pesquisar o território à luz das políticas públicas de saúde requer muito envolvimento e traz para a geografia a possibilidade de “abrir as portas” para que estas políticas sejam mais eficazes e humanas em sua concepção.

REFERÊNCIAS E BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

AMARO, Ana; MACEDO, Lúcia; POVOA, Andréia. **Metodologias de investigação em Educação: A arte de fazer questionários**. FACULDADE DE CIÊNCIAS DO PORTO. Disponível

em: <<http://www.jcpaiva.net/getfile.php?cwd=ensino/cadeiras/método/20042005/894dc/f94c/8f=a9308>> Acesso em: 15 de outubro de 2009.

BACHILLI, Rosane Guimarães; SCAVASSA, Ailton José; SPIRI, Wilza Carla. **A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica**. Ciência e Saúde Coletiva [on line]. 2008, vol.13, n.1, p. 51-60. Acesso em 01/11/09.

BÔAS, Heloísa Strazzer. **Análise do Território: um instrumento interventivo na prática do Programa de Saúde da Família**, 2007. 126f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – PUC, São Paulo, 2007.

BOUSQUAT, A.; COHN, A. A dimensão especial nos estudos sobre saúde: uma trajetória histórica. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, vol.11 (3): 549 – 68, set – dez. 2004.

CZERESNIA, Dina; RIBEIRO, Adriana Maria. O conceito de espaço em Epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.16, n°3, 2000. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 15 de Março de 2009.

FERREIRA, Marcelo Urbano. Epidemiologia e Geografia: o complexo patogênico de Max Sorre. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, jul/set, 1991, p.301-309. Disponível em: <www.scielo.br>.. Acesso em: 15 de Março de 2009

GUIMARÃES, Raul Borges. Geografia política, Saúde Pública e as lideranças locais. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, p.18-36, Dez/2005. Disponível em: <www.hygeia.ig.ufu.br>. Acesso em 01/03/09.

_____. Política Nacional de Saúde, concepções de território e o lugar da Vigilância em Saúde Ambiental. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, p.90-99, Dez/2008. Disponível em: <www.hygeia.ig.ufu.br>. Acesso em 01/03/09.

HAESBAERT, Rogério. **O mito da desterritorialização: do “Fim dos Territórios” à Multiterritorialidade**. 2° ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006. 400 páginas.

LARANJA, Ruth Elias de Paula; NASCIMENTO, Isaura Barbosa do. Um discurso teórico sobre a análise socioambiental e algumas contribuições à Geografia da Saúde. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, p.25-34, Dez/2008. Disponível em: <www.hygeia.ig.ufu.br>. Acesso em 01/03/09.

LEI 8.080/90. Disponível em: <www.saude.gov.br/legislacao>. Acesso em: 10 fev. 2009.

LIMONGI, Jean Ezequiel; MENEZES, Eyre Carla de; MENEZES, Antônio Carlos de. Vigilância em Saúde no Programa Saúde da Família. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, p.35-44, Dez/2008. Disponível em: <www.hygeia.ig.ufu.br>. Acesso em 01/03/09.

MENDONÇA, Francisco; KOZEL, Salete (orgs.). **Elementos de Geografia Contemporânea**. Curitiba, Ed. UFPR, 2004, 265 páginas.

Ministério da Saúde. Norma Operacional básica do Sistema Único de Saúde – NOB SUS 96. Gestão Plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília: MS; 1997.

_____. Cartilha Entendendo o SUS. Brasília: MS; 2007.

_____. Pacto pela Saúde 2006. Diário Oficial da União. 23 fev 2006. Disponível em:< <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm> >. Acesso em: 18/09/09.

_____. Saúde dentro de casa. Programa de Saúde da Família. Brasília. Fundação Nacional de Saúde, 1994.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf>. Acesso em: 24/08/09.

MONKEN, Maurício *et al.* **O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente**. Disponível em: <http://www.saudecoletiva2009.com.br/cursos/c11_3.pdf> Acesso em: 22/05/09.

MONKEN, Maurício; Barcellos, Christovam. Política Nacional de Saúde, concepções de território e o lugar da vigilância em saúde ambiental. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, p.90-99, Dez/2008. Disponível em: <www.hygeia.ig.ufu.br>. Acesso em 04/05/09.

NETO, João Lima Sant'Anna; SOUZA, Camila Grosso. Geografia da Saúde e Climatologia Médica: Ensaio sobre a relação clima e vulnerabilidade. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, p.116-126, Jun/2008. Disponível em: <www.hygeia.ig.ufu.br>. Acesso em 01/03/09.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O território no Programa de Saúde da Família. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, p.47-55, Jun/2006. Disponível em: www.hygeia.ig.ufu.br. Acesso em 01/03/09.

PESSOA, Samuel B. **Ensaio Médico – Sociais**. 2 ed. São Paulo: Cebes/Hucitec. 1978.

RAMIRES, Júlio César de Lima; RODRIGUES, Maria José. **Programa Saúde da Família: uma perspectiva de análise geográfica**. R. Caminhos de Geografia, Uberlândia, n.27, v. 9, p.45-55, set/2008.

RIBEIRO, Eduardo; GUIMARÃES, Raul Borges. **O lugar da participação popular na gestão da saúde: matrizes conceituais e os rumos da política brasileira**. R. RA' E GA, Curitiba, n. 13, p. 29-41, 2007. Editora UFPR.

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo. Razão e Emoção**. São Paulo, EDUSP, 2004, 384 páginas.

_____. **Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2003, vol.8, n.1, pp. 309-314. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232003000100024.

SERAPIONI, Mauro. **Métodos Qualitativos e Quantitativos na Pesquisa Social em Saúde: algumas estratégias para a integração**. *Ciência e Saúde Coletiva*, p. 187-192, janeiro/março, 2000. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/630/63050116.pdf>>. Acesso em: 29/09/09.

SOUZA, Marcelo José. Lopes de. **O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento**. In: CASTRO, Iná Elias de; GOMES, Paulo César da Costa; CORRÊA, Roberto Lobato (orgs). *Geografia: Conceitos e Temas*. 5° ed. Rio de Janeiro; Bertrand Brasil, 2003. p.77-116.

SPOSITO, Eliseu Savério. **Geografia e Filosofia: Contribuição para o Ensino do Pensamento Geográfico**. São Paulo, ED. UNESP, 2004, 218 páginas.

UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa; ROSENBERG, Cornélio Pedroso; JUNQUEIRA, Claudette Barriguela. **Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 1987, vol.21, n.5, pp. 439-446.

Sites:

<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acesso em: 15/03/09.

<http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 14/10/09.

<http://www.pnud.gov.br>. Acesso em: 14/10/09.

<http://www.almg.gov.br/>. Acesso em: 14/10/09.

<http://pt.wikipedia.org>. Acesso em: 14/10/09.

ANEXOS

1. CARACTERIZAÇÃO DOS PSF'S DE PONTE NOVA E RESPECTIVOS SERVÍCIOS OFERECIDOS

PSF José Pinto da Paixão			
Logradouro: Rua Tocantins			
Bairro: São Pedro			
Médicos: 7			
Outros profissionais: 32			
Tipo de Atendimento: Ambulatorial			
Instalações:			
Clínica Básica		Odontologia	
1		1	
Serviços:			
Estratégia Saúde da Família	Estratégia Saúde da Família	Serviço de Atenção ao Pré-Natal Parto e Nascimento	Serviço de Controle ao Tabagismo
Classificação:			
Saúde Bucal MI	Saúde Bucal MII	Acompanhamento de Pré – Natal de Alto Risco	Abordagem e tratamento do Fumante

PSF Ana Florência				
Logradouro: Praça Anita Borges				
Bairro: Ana Florência				
Médicos: 2				
Outros profissionais: 17				
Tipo de Atendimento: Ambulatorial				
Instalações:				
Clínicas Básicas	Clínicas Indiferenciado	Odontologia	Outros Consultórios Não – Médicos	Sala de Curativo
1	1	1	1	1
Serviços:				
Estratégia Saúde da Família	Serviço de Atenção ao Pré-Natal Parto e Nascimento		Serviço de Controle ao Tabagismo	
Classificação:				
Saúde Bucal MII	Acompanhamento do Pré – Natal de Alto Risco		Abordagem e Tratamento do Fumante	

PSF Rosário do Pontal	
Logradouro: Zona Rural	
Bairro: Distrito do Pontal	
Médicos: 0	
Outros profissionais: 1	
Tipo de Atendimento: Ambulatorial	
Instalações:	
Clínicas Indiferenciado	Sala de Imunização
1	1

PSF da Rasa		
Logradouro: Rua Rosa Maria Guimarães		
Bairro: Rasa		
Médicos: 5		
Outros profissionais: 13		
Tipo de Atendimento: Ambulatorial		
Instalações:		
Clínica Básica	Odontologia	Sala de Curativo
1	1	1
Serviços:		
Estratégia Saúde da Família	Serviço de Atenção ao Pré-Natal Parto e Nascimento	Serviço de Controle ao Tabagismo
Classificação:		
Saúde Bucal MII	Acompanhamento de Pré – Natal de Alto Risco	Abordagem e Tratamento do Fumante

PSF Novo Horizonte - Catru		
Logradouro: Rua Coronel Emílio Martins		
Bairro: Bairro de Fátima		
Médicos: 4		
Outros profissionais: 14		
Tipo de Atendimento: Ambulatorial		
Instalações:		
Clínica Básica	Odontologia	Sala de Curativo
1	1	2
Serviços:		
Estratégia Saúde da Família	Serviço de Atenção ao Pré-Natal Parto e Nascimento	Serviço de Controle ao Tabagismo
Classificação:		
Saúde Bucal MI	Acompanhamento de Pré – Natal de Alto Risco	Abordagem e Tratamento do Fumante

PSF do Vau – Açú			
Logradouro: Vau - Açú			
Bairro: Vau - Açú			
Médicos: 3			
Outros profissionais: 16			
Tipo de Atendimento: Ambulatorial			
Instalações:			
Clínicas Indiferenciado		Sala de Curativo	
2		1	
Serviços:			
Estratégia Saúde da Família	Serviço de Atenção ao Pré-Natal Parto e Nascimento	Serviço de Atenção ao Pré-Natal Parto e Nascimento	Serviço de Controle ao Tabagismo
Classificação:			
Saúde Bucal MI	Acompanhamento de Pré – Natal de baixo risco	Acompanhamento de Pré – Natal de alto risco	Abordagem e Tratamento do Fumante

PSF Santo Antônio		
Logradouro: Rua Dr. João Vidal de Carvalho		
Bairro: Guarapiranga		
Médicos: 4		
Outros profissionais: 21		
Tipo de Atendimento: Ambulatorial		
Instalações:		
Clínica Básica	Odontologia	Sala de Curativo
1	1	1
Serviços:		
Estratégia Saúde da Família	Serviço de Atenção ao Pré-Natal Parto e Nascimento	Serviço de Controle ao Tabagismo
Classificação:		
Saúde Bucal MII	Acompanhamento de Pré – Natal de Alto Risco	Abordagem e Tratamento do Fumante

PSF Triângulo I e II			
Logradouro: Rua Antônio Moraes			
Bairro: Triângulo			
Médicos: 8			
Outros profissionais: 27			
Tipo de Atendimento: Ambulatorial			
Instalações:			
Clínica Básica		Odontologia	
2		1	
Serviços:			
Estratégia Saúde da Família	Estratégia Saúde da Família	Serviço de Atenção ao Pré-Natal Parto e Nascimento	Serviço de Controle ao Tabagismo
Classificação:			
Saúde Bucal MI	Saúde Bucal MII	Acompanhamento de Pré – Natal de Alto Risco	Abordagem e Tratamento do Fumante

2. **CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA A PESQUISA DE CAMPO NO
MUNICÍPIO DE PONTE NOVA**

Viçosa, 04 de Outubro de 2009.

Senhora Alessandra Montezano de Paula,

Eu, Débora Viviane Cremonez dos Santos, aluna de Graduação em Geografia, da Universidade Federal de Viçosa, estou desenvolvendo uma pesquisa sobre o conceito de território no âmbito do Programa de Saúde da Família em Ponte Nova, Minas Gerais.

Solicito autorização para entrevistá-la na condição de Coordenadora do Programa de Saúde da Família em seu município. Também compõem a metodologia da pesquisa aplicar questionários abertos para os membros de duas Equipes completas do PSF (Juquinha Lanna I e II e PSF Centro). Gostaria que me sugerisse qual a melhor forma para que estes questionários cheguem às mãos das Equipes citadas acima.

Tendo em vista não atrapalhar a prática cotidiana dessas equipes e também considerando as exigências e prazos da disciplina GEO 481 – Monografia e Seminário, precisaria que o questionário fosse respondido pelas Equipes de Saúde da Família até 20 de outubro de 2009.

Desde já agradeço pela atenção e aguardo resposta.

Atenciosamente,

Débora Viviane Cremonez dos Santos.

3. ROTEIRO DE ENTREVISTA COORDENADORA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

- 1- Como se caracteriza o Sistema de Saúde no município de Ponte Nova?
- 2- Qual o histórico do Programa de Saúde da Família (PSF) no município?
- 3- Como foi e como é mantida a capacitação para as Equipes de Saúde da Família (ESF)?
- 4- Em algum momento durante a capacitação das ESF's o conceito de território é abordado, e como foi abordado?
- 5- As Equipes de Saúde da Família mantêm internamente discussões sobre o conceito de território?
- 6- A percepção e o entendimento do conceito de território podem influenciar ou não os resultados que são obtidos pelas Equipes?

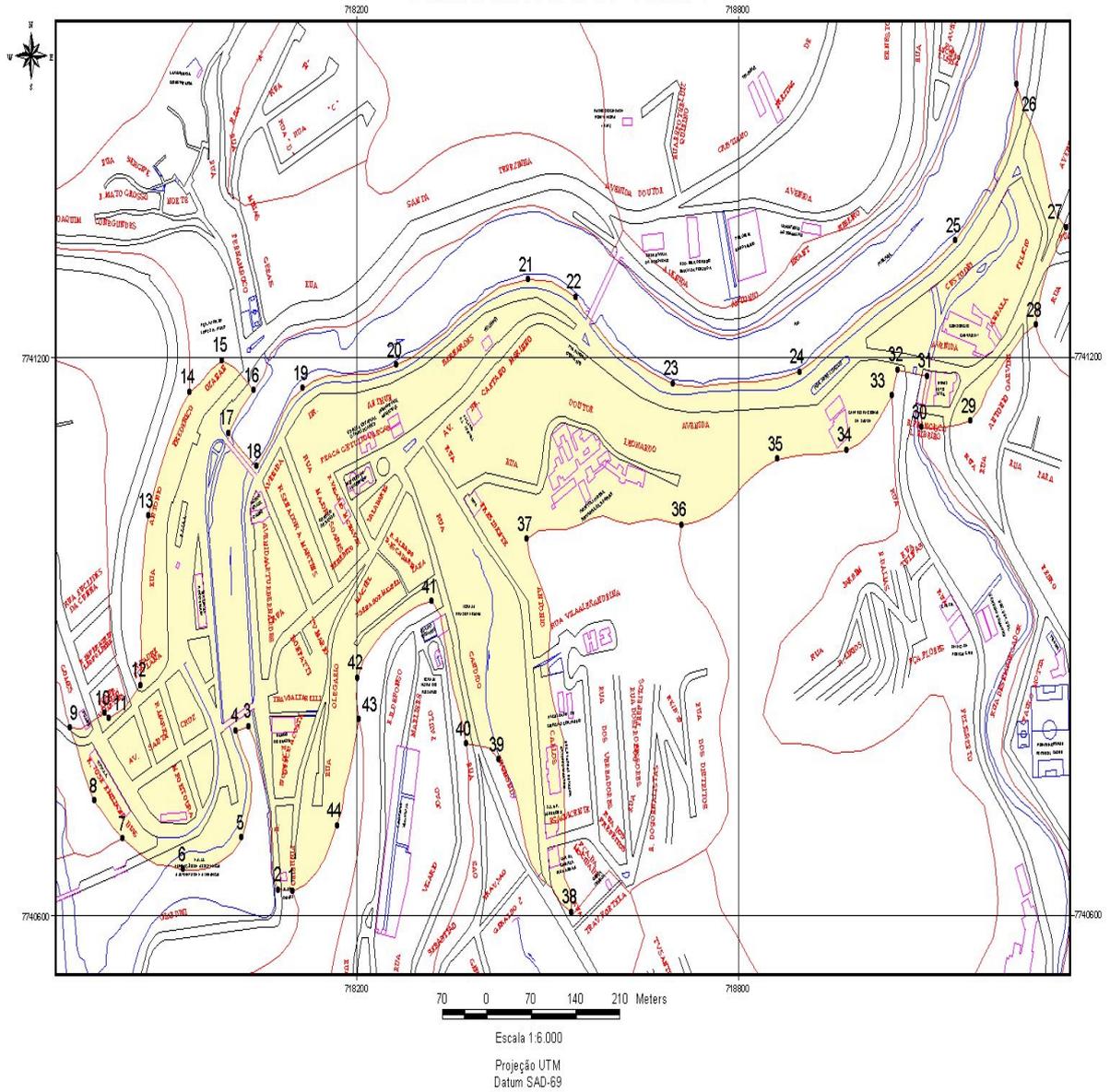
4. FUNÇÃO:-

ROTERIO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

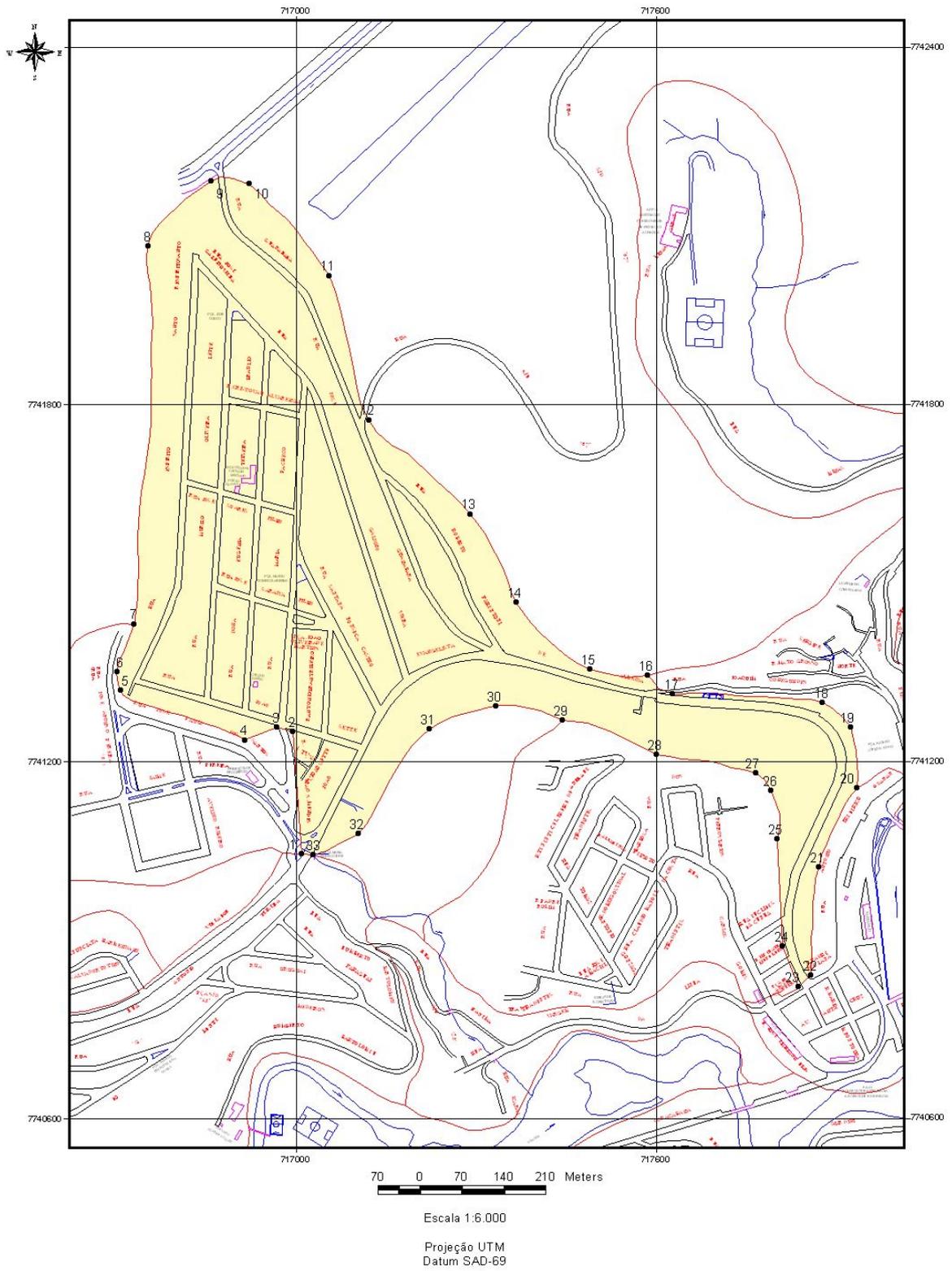
- 1- Já teve experiências anteriores com o Programa de Saúde da Família (PSF)?
- 2- Como funciona o Sistema de Saúde do município?
- 3- O que é positivo e quais são as dificuldades?
- 4- Porque trabalhar no Programa de Saúde da Família?
- 5- Houve capacitação? Como foi esta capacitação?
- 6- Durante a capacitação a questão do território foi abordada?
- 7- Como você entende o conceito de território diante das ações do PSF?
- 8- Como o conceito de território é utilizado no trabalho em equipe e na função que desempenha?
- 9- Qual a importância do conceito de território para que as ações do PSF sejam efetivadas no município?
- 10- O que é mais importante no seu trabalho?
- 11- Com o que você tem mais dificuldade?

5. FIGURAS REFERENTES AOS BAIRROS ATENDIDOS PELOS PSF's
CENTRO E DR. JUQUINHA LANNA

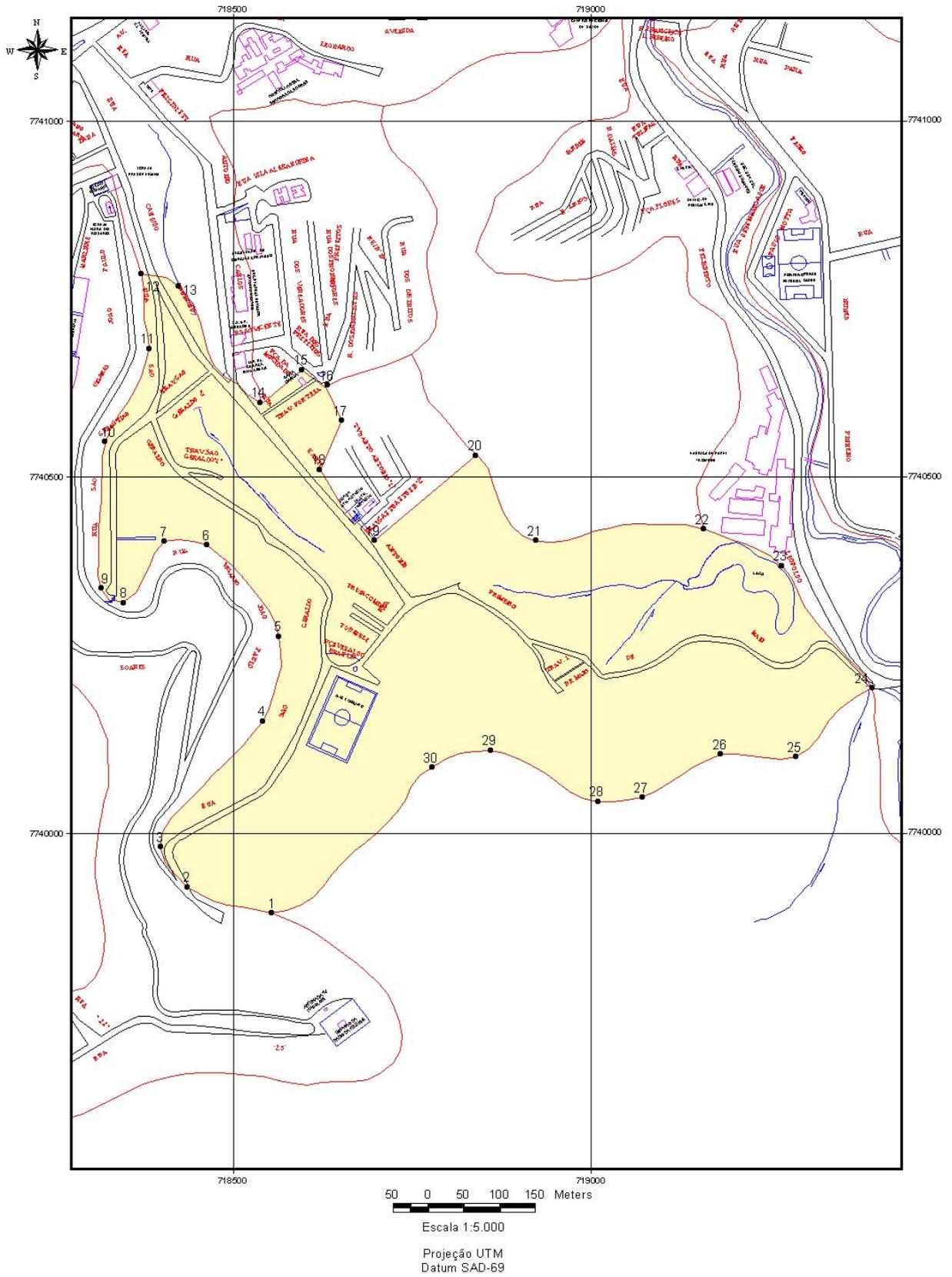
Bairro Centro Histórico - Anexo 9



Bairro Sagrado Coração de Jesus - Anexo 24



Bairro Primeiro de Maio - Anexo 28



Bairro Vila Alvarenga - Anexo 48

