

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA**

VANDA APARECIDA COSTA

TERRITÓRIO E SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA:
uma análise da Estratégia Saúde da Família na cidade de
Pirapora – Norte de Minas Gerais

UBERLÂNDIA
2014

VANDA APARECIDA COSTA

TERRITÓRIO E SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA:
uma análise da Estratégia Saúde da Família na cidade de
Pirapora – Norte de Minas Gerais

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Geografia do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Geografia.

Área de concentração: Geografia Gestão do Território

Linha de pesquisa: Análise, Planejamento e Gestão do Espaço Urbano.

Orientador: Prof. Dr. Julio Cesar de Lima Ramires

UBERLÂNDIA
2014

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA**

**TERRITÓRIO E SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA:
uma análise da Estratégia Saúde da Família na cidade de
Pirapora – Norte de Minas Gerais**

Dissertação aprovada para a obtenção do título de mestre
no Programa de Pós-Graduação em Geografia do Instituto
de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia
(MG) pela Banca Examinadora formada por:

Uberlândia,... dede 2014

Prof. Dr. Julio Cesar de Lima Ramires (Orientador)

Prof. Dr. Sandra Célia Muniz Magalhães

Prof. Dr. Winston Kleiber de Almeida

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

C837t201 Costa, Vanda Aparecida, 1983-
4 Território e serviços de saúde pública: uma análise da Estratégia Saúde da Família na cidade de Pirapora- Norte de Minas gerais/ Vanda Aparecida Costa. – 2014.

135 f.

Orientador: Júlio César da Lima Ramires.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Geografia.
Inclui bibliografia.

1. Geografia - Teses. 2. Estratégia Saúde da Família(Brasil)- Pirapora(MG)-Teses. 3.Acesso aos serviços de saúde -Pirapora (MG) – Teses.I. Ramires, Júlio César da Lima. II.Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Geografia. III. Título.

CDU: 910.1

Aos meus pais, **Afonso e Catarina**, pelo carinho e compreensão, mesmo estando distantes fisicamente, estamos sempre unidos em pensamentos. Obrigada meus pais queridos, por fazerem de mim uma pessoa completa e feliz.

Ao **Wesley**, companheiro nos momentos de dificuldades e angústias no desenvolvimento desta pesquisa. A quem agradeço pela paciência e carinho.

Ao meu filho **Arthur** que veio a completar a realização de um sonho junto à dissertação.

AGRADECIMENTOS

Martha Priscila em sua tese sobre “O agente de saúde em foco” fala da necessidade de nós compreendermos o lugar de acordo com a visão de quem vive e nele habita, assim possamos compreender o mundo a nossa volta. Diante disso, gostaria de apresentar um pouco do meu mundo a partir das pessoas com quem convivi, das experiências que partilhei e de como isso foi importante para o desenvolvimento dessa pesquisa.

Dessa forma, gostaria de agradecer a Deus, por me consentir devanear em um sonho e por me permitir a construção de conhecimentos e sabedoria no decorrer da vida.

Em especial ao meu orientador Prof. Dr. Julio Cesar de Lima Ramires, por ter me acompanhado em todo momento no desenvolvimento da dissertação. Sou grata pelo apoio e confiança durante esses dois anos em que fui sua orientada no mestrado.

Aos meus irmãos, em especial Neide, Kleiber, Geraldo e Cleuza pelo carinho e compreensão, por estarem sempre me encorajando com palavras animadoras e afetuosa. Obrigada por me permitir estar sempre na presença de vocês.

Aos professores doutores Sandra Célia Muniz Magalhães, Beatriz Ribeiro Soares e Winston kleiber de Almeida, agradeço pelo carinho, atenção e que, como membros da banca de qualificação contribuíram com importantes e enriquecedoras sugestões.

Ao programa de Pós-graduação em Geografia, representado pelos professores e funcionários, em especial João Fernandes que está pronto para nos atender sempre que necessitamos.

A CAPES pela bolsa de estudo concedida aos dois anos de mestrado.

A todos os sujeitos da pesquisa, atores-chave do sistema municipal de saúde de Pirapora: Gestores, gerentes, profissionais da saúde da família, profissionais da epidemiologia e famílias cadastradas – pela disponibilidade em compartilhar seus conhecimentos, experiência e tempo na realização das entrevistas.

A Sandra Célia Muniz Magalhães, grande amiga, que muito contribui para que eu chegassem ao mestrado. Agradeço ainda pelo carinho e dedicação,

me confortando com palavras sábias nos momentos de desespero no decorrer desses dois anos.

Aos amigos, Márcia Andréa e Samuel que muito contribui para a confecção dos mapas.

Aos amigos do laboratório e disciplinas que conquistei no decorrer da pós-graduação, em especial Maria José, grande parceira, obrigada pela amizade e carinho todo esse tempo. Agradeço também aos amigos, Flávia, Bárbara, Cyntia, Patrícia, Marcos Vinícius, Karine Pinheiros e todos outros que contribuíram de alguma maneira para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos familiares de Wesley Isaias, pelo apoio e disponibilidade, por estar sempre disponível a me ajudar. Em fim, agradeço a todos que contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa.

RESUMO

O Sistema Único de saúde tem mostrado respostas positivas quanto aos problemas de saúde dos brasileiros. Muito disso se deve as ações desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), adotada pela política Nacional de Atenção Básica como estratégia estruturante dessa atenção. Em Pirapora, a ESF faz uma cobertura de aproximadamente 84,04% da população, número considerado bom pelo Ministério da Saúde. Os 15, 96% da população que não residem nos territórios adscrito também recebem atendimento pelos profissionais da ESF, mesmo não estando cadastrados. Esta pesquisa tem como objetivo geral compreender a organização do espaço a partir da dinâmica do acesso à Estratégia Saúde da Família na cidade de Pirapora, tendo como foco, analisar o território e a territorialização; analisar a ESF na cidade; discutir o acesso e acessibilidade da ESF com destaque para a efetividade e resolutividade da ESF. Para atingirmos os objetivos proposto utilizamos diversos procedimentos metodológicos, dentre eles: levantamento teórico referente à temática da ESF e os conceitos de território, territorialização e rede na atenção a saúde. Coletaram-se dados e informações em diversos órgãos governamentais, na prefeitura e nas próprias unidades de saúde de Pirapora. Realizaram-se entrevistas com gestor da ESF, Enfermeiros, Técnico de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde e Famílias cadastradas na ESF. Verificou-se que a ESF possibilitou a população de Pirapora maior acesso aos serviços de saúde, ainda assim, há necessidades de mais intervenções por parte do gestor e profissionais da saúde para tentar diminuir os problemas de saúde da população, entre eles a mortalidade infantil.

Palavras – Chave - Estratégia Saúde da Família. Território. Acessibilidade e Resolutividade.

ABSTRACT

The Unique health System has shown positive responses regarding the health problems of Brazilians. Very appropriate if you must the actions developed by the Family Health Strategy (FHS), adopted by the National policy of Basic Attention as strategy structuring this attention. In Pirapora, ESF makes a coverage of approximately 84,04% of the population, a number considered good by the Ministry of Health. The 15, 96% of the population who do not reside in the territories also receive basic care by professionals of the FHT, even not being registered. This research has as its general objective understand the organization of space from the dynamics of access to Family Health Strategy in the city of Pirapora, taking as its focus, analyze the territory and the territorialisation; analyze the ESF in the city; to discuss the access and affordability of the FHT with emphasis to the effectiveness and of the FHT. To achieve the objectives proposed we use different methodological procedures, among them: theoretical survey regarding the theme of the ESF and the concepts of territory, territorialism and network in health care. Data was collected and information in various governmental bodies, in the prefecture and in own health units in Pirapora. Interviews with managers of the FHT, Nurses, Nursing Technician, Community Health Agents and registered Families in ESF. It was found that the ESF has allowed the population of Pirapora greater access to health services, even so, there are needs for more interventions on the part of the manager and health professionals to try to reduce the health problems of the population, among them the infant mortality rate.

Key-Works: Family Health Strategy. Territory. Accessibility and Solving.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde
APS - Atenção Primária à Saúde
CIR - Comissão Intergestora Regionais
CODVASP – Companhia para o Desenvolvimento do Vale do Rio São Francisco e Parnaíba
CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes sociais da saúde
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CRS - Centro Regional de Saúde
DATASUS – Sistema de Informação de Saúde
DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF - Estratégia Saúde da Família
ESF- Equipe Saúde da Família
FUNORTE - Faculdade Unida do Norte de Minas
GRS - Gerência Regional de Saúde
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de desenvolvimento Humano
MG – Minas Gerais
MS – Ministério da Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
PAB - Piso de Atenção Básica
PACS - Programa de Agentes Comunitário de Saúde
PES – Planejamento Estratégico Situacional
PSF - Programa Saúde da Família
PT – Partido dos Trabalhadores
RAS – Rede de atenção a Saúde
REFORSUS - Reforço à Reorganização do SUS
SAAE – Serviço Autônomo de água e Esgoto
SAMU - Serviço de atendimento Móvel de Urgência
SES – Secretaria do Estado de Saúde
SESI - Serviço Social da Indústria
SIM - Sistema de informações sobre Mortalidade

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SIOPS - Situação da base de dados nacional
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUCAM – Campanhas de Saúde Pública
SUDENE – Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UNIMONTES - Universidade Estadual de Montes Claros
UPSF - Unidades do Programa Saúde da Família
US – Unidade de Saúde
USF - Unidade Saúde da Família
UTI - Unidade de terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Boletim sobre a antiga história do hospital do SESP de Pirapora.....	47
Figura 2: Croquis de campo da localização de bairros: manual de reconhecimento geográfico pelos Agentes da Endemia.....	76
Figura 3: Croquis de campo da localização de bairros: manual de reconhecimento geográfico pelos Agentes da Endemia.....	99
Figura 4: Pirapora: croqui da microárea do bairro Cidade Jardim.....	101

LISTAS DE FOTOS

Foto 1: Estrada de Ferro Central do Brasil.....	42
Foto 2: Antigo Hospital Municipal de Pirapora.....	47
Fotos 3: Unidade da Estratégia Saúde da Família em Pirapora.....	65
Foto 4: Unidade da Estratégia Saúde da Família em Pirapora.....	65
Foto 5: Sala de reuniões na unidade de saúde em Pirapora.....	67
Foto 6: Escritório médico na unidade de saúde em Pirapora.....	67
Foto 7: equipamento de pediatria na unidade de saúde de Pirapora.....	67
Foto 8: equipamento de exames na unidade de saúde de Pirapora.....	67
Foto 9: Sala de recepção das unidades de saúde em Pirapora.....	69
Fotos 10: Sala de acolhimento do Hospital Dr. Moises Magalhães Freire em Pirapora.....	91
Fotos 11: Sala de acolhimento do Hospital Dr. Moises Magalhães Freire em Pirapora	91
Foto 12: Centro de apoio à atenção primária e secundária a saúde de Pirapora.....	93
Foto 13: Centro de apoio à atenção primária e secundária a saúde de Pirapora.....	93
Foto14: Centro de Pediatria.....	94
Foto15: Centro de Fisioterapia.....	94

Foto 16: sala de acolhimento do centro viva vida em Pirapora.....	94
Foto 17: sala de acolhimento do centro de promoção a saúde em Pirapora.....	94

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Estrutura de classificação de metodologias científicas.....	28
Quadro 2: Simbologia de cores – Urgência e Emergência.....	88
Quadro 3: Fluxograma de sinais e sintomas do Protocolo de Manchester.....	89

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Taxa de mortalidade infantil do Município de Pirapora entre 1997 a 2004.....	62
Gráfico 2: Pirapora: Valores de transferência de fundo a fundo para a ESF.....	72
Gráfico 3: cobertura populacional da rede Psicossocial em Pirapora entre os anos de 2008 a 2012.....	86
Gráfico 4: Pirapora - Exames citopatológicos realizados em 2012.....	87
Gráfico 5: Pirapora - Exames mamografias realizados em 2012.....	87
Gráfico 6: Pirapora: satisfação dos usuários em relação aos profissionais da ESF.....	114
Gráfico 7: Pirapora: resolutividade quanto a ESF segundo a visão dos usuários.....	118

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Brasil: Evolução quantitativa da ESF entre o ano de 1994 a 2011.....	53
Tabela 2: Pirapora: Cobertura populacional, nº de equipes, nº ACS e porcentagem de cobertura entre 1998 a 2011.	60
Tabela 3: Pirapora: Alguns indicadores do financiamento da saúde – 2006/2009.....	71
Tabela 4: Pirapora: Recursos humanos segundo a categoria selecionada em 2009.....	83
Tabela 5: Pirapora: Alguns indicadores da atenção básica – ESF.....	108
Tabela 6: Pirapora: número de óbitos por grupo de causas específicas entre 2002 e 2010.....	109
Tabela 7: Pirapora: número de óbitos em crianças entre 2002 e 2010.....	110

LISTA DE MAPAS

Mapa 1: Localização Geográfica de Pirapora – MG.....	15
Mapa 2: Representação das primeiras unidades da ESF em Pirapora.....	57
Mapa 3: Espacialização da Estratégia Saúde da Família na cidade de Pirapora em 2012.....	59
Mapa 4 - Espacialização da Microrregião de Saúde de Pirapora – MG.....	80
Mapa 5: Pirapora: Centros de atendimento a saúde.....	84

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama1: Síntese de indicadores a resolutividade da saúde.....	112
------------------------------------------------------------------	-----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO I - AS TRILHAS METODOLÓGICAS DA PESQUISA.....	20
1.1 - O levantamento de dados.....	21
1.2 - A importância da pesquisa de campo.....	25
1.3 - Análise quanto à natureza da pesquisa.....	28
CAPÍTULO II - TERRITÓRIOS E A TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE: CONCEITOS, CATEGORIAS E NOÇÕES.....	33
2.1- O Município de Pirapora e a saúde: Um breve Histórico.....	41
CAPÍTULO III - A IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM PIRAPORA.....	49
3.1 - Uma breve contextualização da ESF no Brasil.....	49
3.2 - Pirapora: a implantação da ESF.....	55
3.3 - Pirapora: as conquistas obtidas pela ESF	64
3.4 - Pirapora: os desafios enfrentados na implantação e desenvolvimento da ESF	69
CAPÍTULO IV - PIRAPORA E AS REDES DE ATENÇÃO Á SAÚDE.....	74
4.1 - Pirapora e o processo de regionalização da saúde	77
4.2 - Pirapora e o processo da Municipalização	85
CAPÍTULO V - TERRITORIALIZAÇÃO , EFETIVIDADE E RESOLUTIVIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM PIRAPORA.....	96
5.1 - Pirapora: a territorialização da ESF	96
5.2- A efetividade da Estratégia Saúde da Família em Pirapora	106
5.3- A resolutividade da ESF para a população adscrita em Pirapora	110
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120
REFERÊNCIAS	123
APÊNDICE.....	130
APÊNDICE - A	130
APÊNDICE - B	132
APÊNDICE – C.....	134
APÊNDICE – D.....	135

INTRODUÇÃO

Na primeira metade da década de 1990, mais precisamente em 1994, o Ministério da Saúde adotou em nível nacional o Programa de Saúde da Família (PSF). Seu principal propósito era a organização e a reorganização da prática da atenção básica a saúde em novas bases, ou seja, substituir o modelo tradicional de atenção à saúde. O objetivo foi de aproximar a saúde das famílias adscritas em um território delimitado e controlado por uma equipe multiprofissional, afim de que houvesse uma melhoria na qualidade de vida da população.

Em 1998 o PSF passa a ser adotado como uma estratégia, sendo apontado como importante proposta para a reestruturação do sistema de saúde, organizando a atenção primária e substituindo os modelos tradicionais existentes. Essa estratégia incorpora e reafirmam os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), que se propõem organizar suas ações sob a égide da integralidade, hierarquização, territorialização e cadastramento da clientela.

Apesar do avanço da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, tanto em termos quantitativos populacionais, e quanto de municípios integrantes, ainda persiste muitos problemas na sua efetivação, para que possa de fato romper definitivamente com o modelo biomédico e hospitalocêntrico, levando um atendimento mais equitativo e humanizado para as famílias adscritas. Rosa e Coelho (2011,), destacam uma série de dificuldades para sua concretização dessa estratégia:

A diversidade de contexto políticos e características municipais desfavoráveis; a estratégia ineficiente de implantação e implementação das ações; a elevada vulnerabilidade das famílias atendidas; a forma de integração do PSF a rede assistencial; a inexistência de reorganização da rede assistencial; a integralidade da atenção comprometida; o trabalho em equipe dos profissionais incipientes; o fraco vínculo estabelecido entre os profissionais e as famílias; e a pouca capacidade de adaptação local da ESF as normas do ministério da saúde (ROSA; COELHO, 2011, p. 1864).

Apesar das dificuldades enfrentadas, a ESF ainda é considerada uma das principais estratégias de reorganização da atenção primária à saúde, por

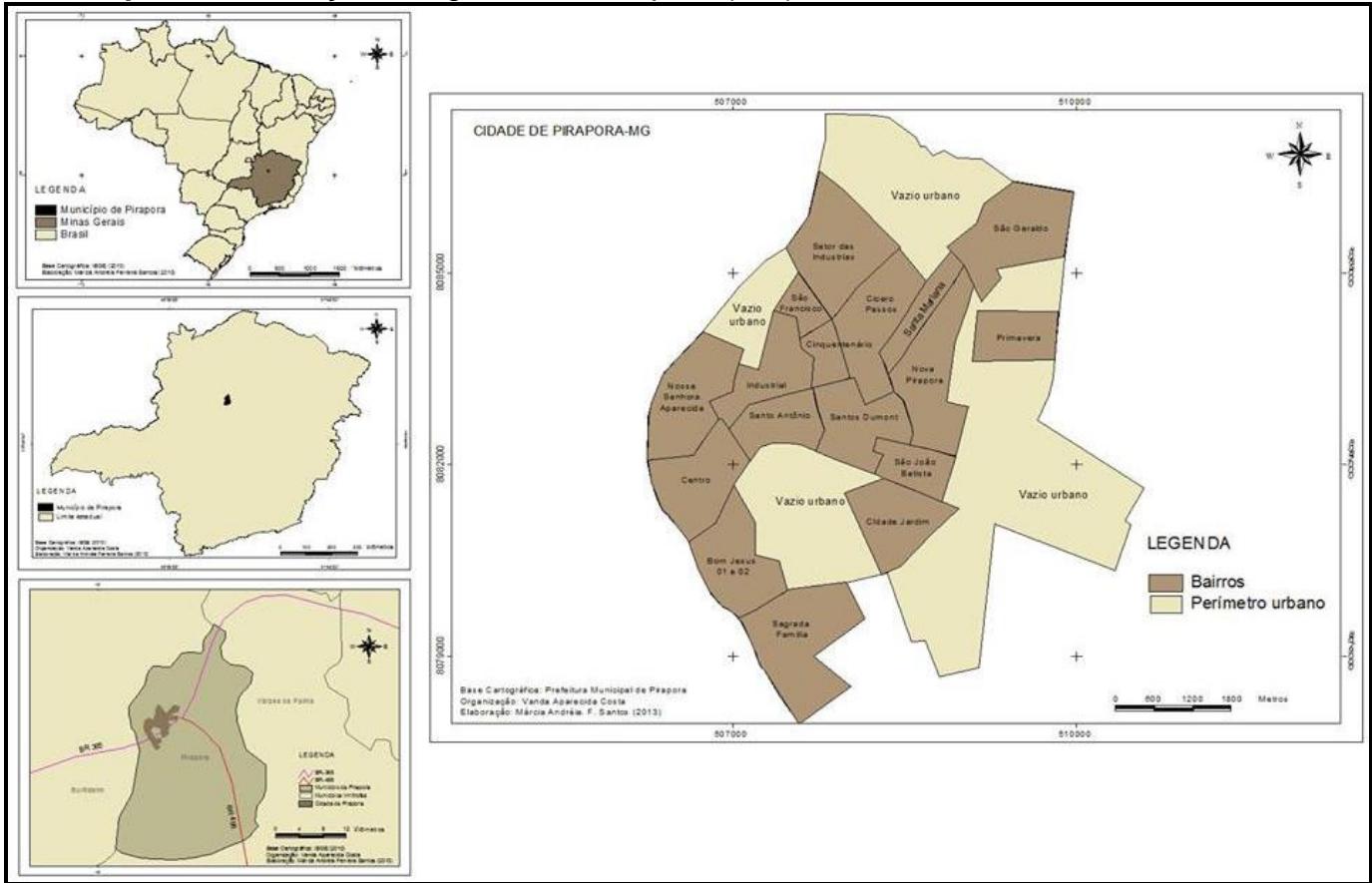
ter como princípio a compreensão do indivíduo a partir do seu contexto de vida, e território de moradia. Analisar as condições de vida e saúde do indivíduo a partir do seu território adscrito, serve antes de tudo como meio operacional para a avaliação objetiva das condições criadas nesse lugar (RODRIGUES, 2013). Desta forma, a ESF vai ao encontro da comunidade com visitas domiciliares realizadas pelos Agentes comunitários de saúde (ACS) que têm a oportunidade de observar os contextos e comportamentos particulares nos domicílios visitados, tendo dessa forma uma visão mais abrangente das condições de vida das famílias assistida.

Em Pirapora, a ESF foi implantada em 1998, com apenas quatro Equipes de Saúde da Família (ESF), chegando em 2013 com treze equipes, abrangendo um total de 84,04% da população adscrita no município.

Pirapora está localizada na margem direita do rio São Francisco, na Mesorregião Norte de Minas Gerais, situada nas coordenadas geográficas 17°21'55" de latitude Sul e 44°56'59" longitude Oeste (MAPA1). O Município de Pirapora ocupa uma área territorial de 550 km², contendo um total de população de 53.379 habitantes, sendo que a população urbana corresponde a 52.396 habitantes, ou seja, 98,2% e a rural com apenas 983 habitantes, ficando com 1,8% da população (IBGE, 2010).

A ESF atua tanto nas áreas urbanas quanto nas áreas rurais, mas nossa análise está focada apenas na área urbana tendo em vista que esta concentra a maioria da população do município. Ela foi implantada baseando-se nas diretrizes estabelecidas no plano municipal de saúde e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde. Neste contexto, sua implantação se deu como estratégia de reordenamento do sistema de saúde municipal e de reversão do modelo de assistência (PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAPORA, 2004).

Mapa 1- Localização Geográfica de Pirapora (MG).



Fonte: Prefeitura de Pirapora, 2010. Org.: COSTA, V. A., 2013.

A territorialização em saúde é um pressuposto básico das ações em saúde da ESF, pois, possibilita o planejamento das ações, priorizando a resolução dos problemas mais frequentes ou de maior relevância nos territórios adscritos. Para que haja de fato o processo de territorialização é necessário o planejamento e avaliação das ações implementadas para buscar a reorientação permanente do processo de trabalho. Segundo informações institucionais “a comunidade e instituições intersetoriais são envolvidas nesse processo, ampliando a compreensão da equipe em relação à realidade vivida pela população” (BRASIL, 2012a, p. 59).

Compreender o processo de implementação de tal política, requer conhecimento e habilidade dos profissionais da saúde, para que possa concretizar os princípios gerais da proposta, garantindo dessa forma uma atenção à saúde de qualidade a população. Desse modo, a presente pesquisa objetivou compreender a organização do espaço a partir da dinâmica do acesso à Estratégia Saúde da Família na cidade de Pirapora. Dessa forma,

propomos analisar o território e a territorialização da saúde, a implantação e desenvolvimento da ESF e também analisamos a importância das redes de atenção à saúde em Pirapora, além de discutir o acesso e acessibilidade da Estratégia, com destaque para a efetividade e resolutividade da ESF.

Esta pesquisa resulta de um trabalho de natureza teórico – empírico, e os procedimentos metodológicos utilizados foram baseados em Levantamento bibliográfico (livros, revistas, artigos, dissertações e teses). Também recorremos ao levantamento de percepção/opinião de usuários e profissionais de saúde mediante a aplicação de instrumentos, baseado em roteiro de entrevistas e guia de observação. Escolhemos como participante da nossa pesquisa o Secretário Adjunto da ESF, Enfermeiros, ACS e Usuários.

O levantamento documental obteve como base de dados o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Atlas do Desenvolvimento Humano, Sistema de Informação em Saúde (DATASUS), Sistema de Atenção Básica (SIAB), Centro de Zoonoses, Prefeitura de Pirapora (MG), Secretarias Regionais de Saúde, Unidades do Programa Saúde da Família (UPSF) dentre outros.

Assim, o universo da pesquisa abrangeu um total de população de 171 indivíduos. Sendo (um) Coordenador adjunto do PSF, enfermeiros chefes (um) um Auxiliar de Enfermagem de cada Unidade (totalizando treze) e (dois) Agentes Comunitários de Saúde das treze Unidades, totalizando vinte e seis e (dez) usuários do PSF de cada unidade, totalizando (cento e trinta). A pesquisa de campo ocorreu em dois momentos, uma em setembro de 2012 e outra em março de 2013.

Este estudo abrangeu apenas o perímetro urbano de Pirapora entre os anos de 1998 a 2011. Acreditamos ser possível com este recorte espacial compreender o papel desempenhado pela Atenção Primária à Saúde em Pirapora. Compreendendo desta forma, a funcionalidade da ESF e, sobretudo, como são realizados os atendimentos as famílias adscritas em seus territórios de abrangência.

Pretendeu-se compreender quais os principais fatores que contribuíram para a ampliação geográfica da ESF, pois, o programa iniciou em 1998 com apenas 4 equipes, chegando em 2011 com 13. Cobrindo aproximadamente

84,04% da população. Buscou-se dessa maneira respostas para a indagação de quais os fatores que contribuíram para esse crescimento.

Pirapora como qualquer outra cidade é formada por lugares e pessoas impares com características e condições de vida diferenciada. Cidade cuja população apresenta grandes disparidades sociais, econômicas e, sobretudo, ambientais. Um dos principais fatores que impulsionaram o desenvolvimento desta pesquisa foi compreender como uma cidade cuja população e ambiente de moradia se apresentam tão diferenciada pode ser considerada cidade de referência no desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde, tendo a ESF como seus basilares principais.

Quanto aos indivíduos residentes, queremos mais do que compreender a sua importância no programa, mas, sobretudo, analisar seu grau de satisfação quanto ao acesso à saúde e a capacidade em solucionar os problemas levantados pela comunidade.

Para entendermos como se dá a continuidade dos atendimentos a saúde no município, analisamos as redes estabelecidas entre estes serviços acreditando ser possível identificar como estas se relacionam com a estrutura socioeconômica dos territórios vividos pela população. Trabalhar com estes territórios – vivido e normatizado - cuja característica diferenciada e ao mesmo tempo semelhante, requer uma análise detalhada das forças e poderes exercidos no interior de cada território.

Para que possamos compreender de fato a distribuição dos bairros e as famílias que nele compõem, iremos relembrar os principais fatores que impulsionam o crescimento e desenvolvimento econômico de Pirapora. Dentre eles, temos: a chegada dos trilhos da estrada de ferro Central do Brasil em 1910; a fundação da Companhia de Indústria de Viação de Pirapora em 1917; e a inserção do Município na Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste - SUDENE, recebendo incentivos fiscais e promovendo o crescimento econômico na cidade com a multiplicação do polo industrial para à economia até então em ascensão. Dessa forma, iremos compreender esses fatores que foram de suma importância para o crescimento de Pirapora, assim como, influenciou e contribui para o bom desempenho da rede de atenção à saúde no Norte de Minas.

Pensar na atenção primária como fator primordial para a continuidade da rede de atenção a saúde se torna importante para discutir os problemas de saúde que necessitam de um cuidado contínuo. Por exemplo, os casos de pacientes com problemas crônicos. Estes casos não podem simplesmente ser resolvidos por um sistema de saúde fragmentado, por meios de equipamentos de pronto atendimento ambulatorial e hospitalar apenas, mas, sobretudo, por ações de cuidado, acompanhamento e continuidade no atendimento a saúde prestada a população.

Moreira (2006, p. 159) expõe que a organização em rede tem o poder de modificar “a forma e o conteúdo dos espaços. Uma vez que muda de conteúdo – já que ele é produto da história, e a história mudando, muda com ele tudo que produz”. E essas modificações também geraram nova forma de reconstrução do território. Para a melhor compreensão da pesquisa desenvolvida, a dissertação foi estruturada em cinco capítulos.

No, primeiro capítulo traçamos os caminhos teóricos metodológicos desenvolvidos na pesquisa, com isso tentamos mostrar os caminhos que foram percorridos para alcançarmos os objetivos propostos.

No capítulo dois recorremos aos conceitos e categorias de territórios e territorialização como requisito primordial para o desenvolvimento da ESF. Também especificamos um pouco sobre o cenário geográfico da cidade, loco da nossa pesquisa

No terceiro capítulo, abordamos o crescimento da ESF no Brasil, especificando algumas influências políticas para o seu crescimento. Do mesmo modo, avaliamos a ESF em Pirapora, tentando compreender os principais fatores que contribuíram para a sua expansão. Dentre estes fatores, abordamos as infraestruturas, equipamentos, profissionais e, sobretudo, os gestores, buscando compreender as principais dificuldades e empecilhos da ESF desde a sua implantação até os dias atuais.

No quarto capítulo, abordamos a importância das redes de atenção à saúde como requisito primordial para o desenvolvimento da atenção primária à saúde em Pirapora.

No quinto capítulo analisamos o processo da territorialização na ESF em Pirapora, assim como, o grau de efetividade e resolutividade da ESF ao acesso

aos serviços de saúde, baseada na visão dos usuários. Desta forma, tentamos com esta pesquisa compreender a ESF em Pirapora. Acreditamos que a ESF por ter apenas assim como a sua importância para as famílias em seus territórios adscritos.

CAPITULO I

AS TRILHAS METODOLÓGICAS DA PESQUISA

O método nada mais é do que o caminho a ser percorrido para atingir – se o objetivo proposto (PARRA FILHO & SANTOS, 1998).

Neste capítulo, especificamos os caminhos percorridos no desenvolvimento deste trabalho. Assim, tentamos escolher da melhor forma possível o método que mostre a real importância do trabalho de campo, o viver e experienciar do cotidiano de homens e mulheres que residem nos territórios adscritos da Estratégia Saúde da Família no Município de Pirapora. Também abordamos os principais conceitos e categorias geográficas e da saúde que nos deu suporte para conseguirmos alcançar o objetivo desta pesquisa. Desta forma, escolhemos como pontos balizadores de análise: a política, a técnica-financeira e a dimensão simbólica, para analisar o papel da Estratégia Saúde da Família na cidade de Pirapora.

Com a dimensão política, consideramos as motivações e desempenho dos profissionais de saúde na implantação e desenvolvimento da ESF em Pirapora. Com a Dimensão técnica-financeira analisamos a expansão da cobertura do programa, assim como, a estrutura e equipamentos disponíveis nas unidades como requisito importante para o bom funcionamento do sistema. E a Dimensão simbólica, foi baseada na percepção dos usuários quanto aos atendimentos recebidos, procurando-se avaliar como os usuários avaliam a qualidade do programa; qual o seu grau de resolutividade; se o programa tem apresentado resultados importantes para a comunidade; e como os profissionais de saúde vêem a qualidade do trabalho desenvolvido e a sua capacidade em diminuir as desigualdades de acesso à população de Pirapora.

Desse modo, a presente pesquisa objetivou compreender a organização do espaço a partir da dinâmica do acesso à Estratégia Saúde da Família na cidade de Pirapora. Dessa forma, propomos analisar o território e a territorialização da saúde, a implantação e desenvolvimento da ESF e também analisamos a importância das redes de atenção à saúde em Pirapora, além de

discutir o acesso e acessibilidade da Estratégia, com destaque para a efetividade e resolutividade da ESF.

Nessa pesquisa, essas dimensões são apresentadas como categoria de análise, a luz dos objetivos específicos, com intuito de compreender a realidade da ESF na cidade de Pirapora. Suas análises serão feitas no decorrer de todo o trabalho, e estão circunscritos aos princípios e elementos orientadores da ESF, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

1.1- O levantamento de dados

Caminhos diversos foram percorridos para o desenvolvimento deste trabalho, coletamos dados, pesquisamos varias fontes, como por exemplos Ramires (2012), Minayo (2006), Vergara (2005) e diversos outros, que nos auxiliaram na compreensão da ESF como requisito essencial no desenvolvimento da APS em Pirapora – Norte de Minas Gerais.

A nossa pesquisa foi dividida em duas partes; bibliográfico/documental e empírico. Inicialmente, realizamos um levantamento bibliográfico e documental sobre a temática em estudo, objetivando fundamentar teoricamente a pesquisa na sua articulação com as evidências empíricas.

O levantamento documental obteve como base de dados as instituições: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Atlas do Desenvolvimento Humano, Sistema de Informação em Saúde (DATASUS), Sistema de Atenção Básica (SIAB), Centro de Zoonoses, Prefeitura de Pirapora - MG, Secretarias Regionais de Saúde, Unidades do Programa Saúde da Família (UPSF), dentre outros.

O levantamento de fontes de informações especialmente na Secretaria Municipal de Saúde e no Site do Ministério da Saúde foi de primordial importância para o desenvolvimento deste trabalho. Os dados e fontes vindos do DATASUS foram largamente examinados ao tempo que foram feitas triagens das informações com relevância para este estudo, em especial no sítio eletrônico do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Cabe ressaltar que por um lado os bancos de dados disponibilizados pelo Ministério da saúde apresentam algumas inconsistências, por outro, representam a

melhor fonte disponível e, para o intento desta dissertação, visto suficiente já que puderam ser usadas como contraponto com o fenômeno de Pirapora - MG.

Na segunda etapa, com a pesquisa empírica, realizamos entrevistas com roteiro de questões fechadas e abertas, abrangendo um total de 171 indivíduos. Sendo (01) Coordenador adjunto do PSF,(1) enfermeiro chefe (01) um Auxiliar de Enfermagem de cada Unidade – totalizando 13 - treze e (02) dois Agentes Comunitários de Saúde das 13 Unidades, totalizando (26) vinte e seis e (10) usuários do PSF de cada unidade totalizando (130). Também utilizamos o método da observação em loco e registros fotográficos.

Não incluímos nesta pesquisa os atendimentos realizados pelos dentistas, pelo fato de muitas unidades de saúde não apresentarem consultórios desta natureza. Todavia, todos os usuários da ESF recebem esse atendimento de maneira gratuita de acordo com suas necessidades.

Compartilhamos a idéia de Minayo (2006) de que o roteiro de entrevista é uma lista de questões que desdobram os indicadores qualitativos de uma investigação, apresentando alguns tópicos que guiem uma conversa com finalidade, nas seguintes condições:

- Que cada questão que se levanta, faça parte do delineamento do objeto e que todas se encaminhem para dar forma e conteúdo;
- Que Permita ampliar e aprofundar a comunicação e não cerceá-la;
- Contribua para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto do ponto de vista dos interlocutores.

Com o roteiro de entrevista, foi possível compreender melhor sobre vivência das famílias no contexto territorial da cidade de Pirapora, além de entender o papel da saúde primária na vida dessas pessoas, sejam elas usuários ou profissionais da saúde.

A escolha e o universo da pesquisa exigiram algumas definições importantes para a compreensão da realidade da ESF na cidade de Pirapora.

Para isso, escolhemos trabalhar com as 13 Unidades de Saúde (US) que estão distribuído no perímetro urbano de Pirapora. A pesquisa não pretende fazer comparações entre as unidades de saúde de cada bairro, mas, sobretudo, demonstrar as similitudes e diferenças no interior de cada caso e suas coerências em relação ao acesso e a qualidade dos atendimentos em saúde baseado nas condições socioeconômicas das famílias atendidas.

Os sujeitos participantes desta pesquisa foram escolhidos por estarem envolvidos com o programa, assim, acreditamos que poderá de fato contribuir para a nossa compreensão enquanto pesquisador da ESF na cidade de Pirapora. Desta forma, escolhemos o Secretário Adjunto da ESF, Enfermeiros, ACS e Usuários. A entrevista realizada com o Secretário adjunto objetivou compreender como se deu a implantação e o desenvolvimento da ESF na cidade, visto que o secretário foi um dos primeiros profissionais a trabalhar na atenção primária à saúde no município como ACS. A sua entrevista foi importante para compreender o processo de territorialização da ESF no município. Embora, o programa tenha seguido um modelo preconizado pelo ministério da Saúde, ainda assim, cada município cria mecanismo de acordo com as necessidades da população e de acordo com os recursos financeiros disponíveis.

As entrevistas realizadas com os Enfermeiros objetivaram compreender a visão destes profissionais quanto à melhoria dos atendimentos a saúde da população. A ESF funciona no município como um programa capaz de diminuir as desigualdades de acesso a saúde e da resolutividade as demandas? Ou simplesmente serve como requisito de quantificar os atendimentos realizados?

Quanto a esses profissionais, utilizamos perguntas abertas com o auxilio de um gravador para que pudéssemos captar todas as informações possíveis para a compreensão e desvendamento da problemática em estudo. Para Gaskell (2002), a realização de entrevistas abertas permite a compreensão minuciosa das motivações, atitudes, valores e crenças dos sujeitos pesquisados.

Quanto às entrevistas realizadas com os ACS, têm como objetivo compreender sua trajetória de visitas domiciliares aos usuários adscritos no programa e a sua importância no desenvolvimento do trabalho junto à

comunidade adscrita. Quanto aos usuários, tentamos compreender em qual contexto estes indivíduos estão inseridos no desenvolvimento da ESF em Pirapora.

Para os usuários foram feitas a entrevista com amostragem casual, na oportunidade das visitas as unidades básicas de saúde. Todavia, quando adotamos esta amostragem não pretendemos basear em uma “representatividade numérica e sim na vinculação que os indivíduos sociais têm com o problema a ser investigado” (MINAYO, 2006, apud SOUZA, 2007, p.94).

Para a autora, uma boa amostragem, é aquela capaz de responder nossas inquietações e dúvidas em todas as dimensões da pesquisa. Portanto, estes sujeitos foram escolhidos pela importância apresentada nos esclarecimentos da problemática da pesquisa da qual estamos desenvolvendo.

1.2- A importância da pesquisa de campo

Pensar a imersão ao campo é o que propomos desenvolver nesse item. Queremos com este trabalho vivenciar a pesquisa proposta e compreender o papel do pesquisado enquanto parte integrante da nossa pesquisa. Queremos, sobretudo, conhecer o indivíduo no contexto da ESF.

Utilizamos como principal fonte de pesquisa a entrevista, acreditamos que com esta técnica possamos compreender melhor a nossa problemática em questão. Como nos ensina Freire (2005),

[...] se é dizendo a palavra com que, ‘pronunciando’ o mundo, os homens o transformam, o diálogo se impõe como caminho pelo qual os homens ganham significação enquanto homens (FREIRE, 2005, p. 79).

No momento da entrevista varias técnicas são utilizadas, dentre elas a da observação. Esta tem por objetivo principal a “obtenção de informações por meio dos órgãos dos sentidos do investigador durante sua permanência *in loco* ao ensejo da ocorrência de determinados aspectos da realidade” (PONTE et al., 2007, p.8).

O método da investigação não consiste somente em ver ou ouvir o sujeito pesquisado em determinada circunstância, mas, sobretudo, em analisar o fato ou fenômeno dí qual ele está inserido. No momento das entrevistas com

os usuários da ESF percebemos diferenças quanto a satisfação nos atendimentos a saúde em Pirapora. Uns pacientes satisfeitos, outros indignados com o descaso recebidos por parte dos profissionais de saúde, e até mesmo revoltados com o funcionamento da saúde pública brasileira. Estas questões vividas em campo nos fazem compreender o modo de vida das famílias pesquisadas, e nos faz compartilhar um pouco da vida dessas pessoas sofridas e maltratadas.

Segundo Trivinos (1987) o pesquisador não deve se envolver com seu objeto de pesquisa. Como se manter imparcial ao trabalhar as situações vividas por estas famílias, pessoas simples e humilde, simplicidade que muitas das vezes não se resume em bens materiais, mas, de alma e de espírito. Pessoas e famílias que querem compartilhar conosco suas intimidades cotidianas, que nos fazem mergulhar na mais profunda escuridão para compreendê-lo e dar-lhe razão pelas suas histórias contadas. Torrezan et all (2012) afirma que:

Deve-se levar em consideração, contudo, que o texto escrito é limitado. As palavras impressas, às vezes tão libertadoras, em alguns casos encerram. Fica difícil apreender o convívio, a comunicação, a vivência e a experiência colhidas, pois não se ouvem as vozes, não se enxergam as expressões dos rostos, perdem-se os olhares. Pode-se ler o que foi dito, mas não se pode saber a entonação com que foi dito – as emoções não têm muito lugar nos textos científicos. Portanto, trata-se aqui do relato de uma pesquisa que tratou de coisas que são vivas, e por mais que haja um esforço em descrevê-las com eficácia, serão fatos que já aconteceram, reinterpretados e contados do ponto de vista do pesquisador, e reinterpretados novamente pelo leitor, ao ler a descrição deles. Consideramos que as reinterpretações de tudo o que foi visto e ouvido, vivido e analisado não serão vãs, se em tudo isso for possível enxergar a vida por meio das impressões e do diálogo (TORREZAN ET ALL, 2012, p.109).

Compartilhamos a idéia de Nogueira (2004), a de não pensar o sujeito somente como um informante de dados que nos levem a alcançar os objetivos da pesquisa, mas, sobretudo, pensá-lo como um integrante, “pois, a experiência vivida por eles será a fonte da interpretação de nossas reflexões” (NOGUEIRA, 2004, p. 210).

Após esta reflexão, iniciamos a primeira visita ao campo no dia 05 de setembro de 2012. No primeiro momento, a pesquisa teve a duração de 8 dias. Neste período não tivemos muitas surpresas, pois, tínhamos como objetivo

realizar entrevistas somente com o secretário adjunto do PSF e a coordenadora do Centro Viva Vida – órgão de atenção secundária a saúde. As entrevistas foram esclarecedoras e muito importantes para o conhecimento da ESF em Pirapora.

Com o término das entrevistas com o coordenador, sentimos necessidade de observar os pacientes e os atendimentos recebidos na recepção. Assim sentamos junto aos usuários e começamos a observá-los. Pouco a pouco via-se pessoas inquietas e outros reclamando pela demora nos atendimentos.

Observamos ainda que a recepcionista que também é uma ACS se sentia incomodada com as falhas encontradas nos atendimentos, pois, faltam ou atrasam médicos, as consultas agendadas não são realizadas nas horas marcadas, causando transtorno aos pacientes e consequentemente aos funcionários.

No decorrer das entrevistas, vivenciamos sofrimento no olhar de muitos indivíduos que ali estavam a espera de uma solução, talvez, nem necessitava tanto da presença do profissional médico, mas, sobretudo, queria atenção e cuidado. Observamos neste momento falhas no trabalho realizado pelos ACS e a não resolutividade de seu trabalho cotidiano.

No segundo momento iniciamos o campo dia 11 de março de 2013 com duração de 8 dias. Alguns autores orientam os pesquisadores a ir ao campo sem instrumentos “sem amarras de objetivos e questionários preestabelecidos” (MARCOS, 2006, p. 129). Mas, não fizemos assim, fomos preparados com todos os aparatos possíveis para captar o máximo que poderíamos sobre o atendimento, a visão dos profissionais e, sobretudo, a satisfação dos usuários quanto ao programa.

Tivemos inúmeras revelações, quando fomos conversar com os usuários, sentimos que alguns ficaram intimidados com as entrevistas e não responderam todas as questões de forma verdadeira, sentiam medo de se comprometer e obter resultados negativos na unidade de saúde posteriormente. Por mais que argumentássemos que não iríamos identificá-los, ainda assim, sentíamos certa recusa em falar a verdade.

Quanto às entrevistas que seriam realizadas com os médicos e enfermeiros não conseguimos cumprir o cronograma, pois em quase todas as unidades visitadas nesses oito dias de campo não encontramos estes profissionais nas unidades de saúde. Todavia, as entrevistas que conseguimos realizar foram esclarecedoras; Percebemos, sobretudo, o compromisso desses profissionais pesquisados com a comunidade atendida.

Quanto aos ACS e técnicos em enfermagem, percebemos a necessidade e esforço que estes profissionais fazem para atender toda a área de abrangência. Em alguns momentos de suas falas, esses profissionais expressam seu amor e carinho pelo trabalho e pelos usuários atendidos, como mencionou um entrevistado: *“Quando não conseguimos atender as necessidades dos pacientes, sofremos junto a eles” (sic)*.

Dessa forma, concordamos com Brandão (2003), que a pesquisa que fazemos é também a pesquisa da qual participamos. É preciso conviver, sentir a pesquisa. Assim, concordamos com Rio (2011, p.12), quando afirma que “o campo não se explica nem se transmite, o campo se faz”.

Emergir ao campo não é tarefa fácil, exige de nós pesquisadores mais do que conhecimentos, mas, sobretudo, vontade de conhecer o outro como se fôssemos nós mesmos. Temos que estar abertos à descoberta e a partilha, pois, vivemos um pouco dos sonhos de nossos pesquisados, compartilhamos com eles a vontade de construir um mundo novo, onde não haja desigualdade, independente das condições financeiras.

1.3- Análise quanto à natureza da pesquisa

Para o desenvolvimento deste trabalho, *a priori*, escolhemos como abordagem de pesquisa um estudo exploratório, de natureza explicativa e análise quanti-qualitativa realizada a partir de vários procedimentos metodológicos com o intuito de fundamentar teoricamente a investigação, articulando-a as evidências empíricas.

Seguindo os pensamentos de Gil (1991), Cervo e Bervian (1996), Araújo e Oliveira (1997), Yin (2001) e Vergara (2005), representados no quadro 01,

elas definem com maior nitidez os métodos e técnicas utilizados no desenvolvimento desta pesquisa.

Quadro 1: Estrutura de classificação de metodologias científicas.

Classificação quanto aos objetivos específicos	Classificação quanto ao delineamento	Classificação quanto à natureza	Técnicas de coleta de dados	Técnicas de análise dos dados
Pesquisa Exploratória Pesquisa explicativa	Pesquisa documental Pesquisa bibliográfica	Pesquisa quanti - qualitativa	Entrevista e Observação	Técnica de análise dos dados qualitativos Técnicas de análise dos dados quantitativos

Fonte: Gil (1991), Cervo e Bervian (1996), Araújo e Oliveira (1997), Yin (2001) e Vergara (2005). Org: COSTA, V. A., 2013.

Baseado no quadro de classificações de metodologias científicas, Carlos Antônio Gil (1991) apresenta que a pesquisa exploratória tem “por objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema”, ou seja, nós pesquisadores temos a oportunidade de nos aproximar mais do objeto de pesquisa. Por conseguinte, podemos compreendê-la melhor (GIL, 1991, p. 45). Para Ponte et al. (2007) a pesquisa exploratória também:

Foca na maior familiaridade com o problema, com vista a torná-la mais explícita ou a facilitar a construção de hipótese. Esse tipo de pesquisa tem como principal objetivo o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições e novas idéias (PONTE et al., 2007, p. 5).

A pesquisa de natureza exploratória, também possibilita o pesquisador mais opções de análise e interpretação por parte dos estudos realizados, como o caso da nossa pesquisa que tem por delineamento coleta de dados; levantamento bibliográfico, documental e entrevistas envolvendo pessoas que tiveram alguma experiência com o problema (GIL, 1991). Para Silva e Menezes (2005) a pesquisa explicativa visa também:

Identificar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenômenos. Aprofunda o conhecimento da realidade porque explica a razão, o “por que” das coisas. Quando realizada nas ciências naturais, requer o uso do método experimental, e nas ciências sociais requer o uso do método observacional (SILVA; MENEZES, 2005, p. 21).

A utilização da pesquisa de caráter explicativo é de vital importância por ter “como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos” (GIL, 1991, p. 46).

Quanto ao desenvolvimento da pesquisa optamos em trabalhar com a pesquisa documental e bibliográfica. A pesquisa documental por estar relacionada com as fontes secundária se torna relevante para o desenvolvimento do nosso trabalho. Podendo-se compreender através de documentos históricos fatores específicos que aconteceram na cidade de Pirapora, dentre eles, o crescimento econômico e geográfico da cidade e a sua importância para a implantação e desenvolvimento da APS.

Quanto à pesquisa bibliográfica, faz parte de todo e qualquer trabalho científico, visto que, o pesquisador faz contato direto com o que foi publicado, dito, filmado ou de alguma outra forma registrado sobre determinado tema, inclusive através de conferências seguidas de debates (CERVO; BERVIAN, 1996).

Apoiamos na idéia de Gil (1999) e Trivinos (1992) sobre as várias abordagens e interpretações para compreender os sujeitos pesquisados. Como analisar pessoas e indivíduos tão diferentes para compreender um único objeto de pesquisa, que é o caso da Estratégia Saúde da Família em Pirapora? Como entender as concepções e visões desses autores? Este diagnóstico nos trás muita preocupação e responsabilidade para analisar os fatos.

Chizzoti (1991) nos apresenta, que a pesquisa de natureza qualitativa tem por caráter reconhecer o dinamismo existente entre o mundo real e o sujeito observador. Assim, se torna difícil para o pesquisador manter a sua imparcialidade, visto que é o sujeito – observador que atribui significado aos fenômenos da qual interpreta. Gobbi e Pessôa (2009, p. 487) faz inferência também sobre a importância da pesquisa de caráter quantitativo para os estudos, as pesquisas desenvolvidas em geografia, pois, esta “trata-se de um

procedimento que não busca generalizar os resultados que alcança no estudo, criando com isso modelos universais". Também é citado por Godoy (1995) que:

A pesquisa qualitativa não procura enumerar e/ medir os eventos estudados, nem emprego instrumental estatístico na análise dos dados. Parte de questões ou focos de interesses amplos, que vão se definindo à medida que o estudo se desenvolve(GODOY, 1995, p. 58).

Trivinos (1992) pontua cinco características fundamentais na pesquisa qualitativa, e faz algumas inferências sobre a pesquisa quantitativa. O autor também menciona a importância da pesquisa quantitativa, referindo – se a rigidez em que os dados estatísticos se dão.

1 - A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento direto de dados; 2 - A pesquisa qualitativa é descritiva; 3 – os pesquisadores qualitativos estão preocupados com o processo e não simplesmente com os resultados e o produto; 5 – Os pesquisadores qualitativos tendem a analisar seus dados indutivamente; 5- o significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa (TRIVINOS, 1992, p.128-129).

Muito se tem discutido sobre o uso indiscriminado da pesquisa desta natureza, alguns autores consideram possível trabalhar com a junção das duas, outros rejeitam tal combinação. Rossman e Wilson (1993) apud Tanaka e Melo (2004, p.149) destacam a existência de três posturas relacionada a pesquisadores da área da saúde e dos serviços médicos sociais a este respeito; "a Purista, a Situacionista e a Pragmática". Os Puristas sustentam que os paradigmáticos teóricos estão estreitamente vinculados a métodos específicos e que a mistura de métodos viola suas bases epistemológicas; As Situacionistas reconhecem o valor dos paradigmas e dos métodos alternativos, mas destacam que são idôneos para propósitos distintos; e os Pragmáticos não consideram que haja necessariamente uma conexão total entre a perspectiva teórica e os métodos.

De acordo com a posição adotada em nosso estudo, acreditamos que não será possível adotar determinado método sem analisar conjuntamente os fenômenos que prosseguem, tal como o objeto de estudo e as posturas teóricas metodológicas assumidas por nós pesquisadores. Dessa forma, concordamos com Trivinos (1992) quando ele afirma que é possível fazer a

junção entre a pesquisa de natureza quanti-qualitativa sem fugir dos objetivos, ou até mesmo cometer equívoco. Todavia, quanto a nossa investigação, ora utilizamos dados estatísticos para análise dos dados, ora balizamos nossas fontes na experiência e na subjetividade.

Martinez (2004) nos mostra modificações quanto ao uso dos métodos¹ no decorrer dos anos. Em meados de 1980, a maioria dos pesquisadores balizava seus objetos de pesquisa em procedimentos empíricos rigorosos, onde o pesquisador não se posicionava e tão pouco se incluía.

A partir da década de 1990, os pesquisadores começaram a acatar outros métodos de análise para o desenvolvimento de pesquisas empíricas na área das ciências da saúde e das ciências humanas. Para Martinez (2004), se balizarmos nossas pesquisas somente no método de análise quantitativa, talvez não conseguíssemos de fato alcançar e tão pouco compreender nosso objeto de pesquisa. Desta forma, aqui neste trabalho utilizaremos dos dois métodos com intuito de compreender nosso objeto de pesquisa e responder a nossa problemática.

Também utilizamos como coleta de dados documentos indiretos, apresentado na forma de textos de jornais do ano de 1968, período do inicio da implantação do Hospital Municipal Dr. Moises Magalhães Freire, gravuras históricas, fotografias dentre outras. A imagem fotográfica utilizada em nosso trabalho pode ser representada como um recorte espaço temporal muito significativo para a descoberta do nosso objeto de pesquisa. No dizer de Dubois (1999, p.161), é “como uma fatia única e singular de espaço-tempo, literalmente cortado ao vivo”. A partir deste corte, algo é desvelado e compreendido no espaço tempo. Esta técnica objetivou trabalhar com a evolução dos processos de crescimento e desenvolvimento da saúde pública em Pirapora.

¹ O método significa nesta pesquisa a técnica particular de obtenção dos dados e sua análise quantitativa ou qualitativa.

CAPITULO II

TERRITÓRIOS E A TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE: CONCEITOS, CATEGORIAS E NOÇÕES

Olhar o território e buscar entendê-lo é mais do que dominar um conjunto de técnicas; é assumir uma forma de raciocínio, adotar uma lógica diferente para compreensão do processo saúde- doença (SILVA, 2004).

Para definir a “territorialização em saúde” procede explicitar a historicidade do conceito de território, suas significações e as formas de aplicações no campo da saúde pública no Município de Pirapora. Pretende-se com isso situar os diferentes usos dos termos territórios e territorialização e como os órgãos públicos e a sociedade se apoderam desses conceitos, destacando sua importância no cenário atual da reorganização da atenção, das redes integradas de serviços e das práticas locais de saúde.

O território é cada vez mais a categoria fundante para se compreender os processos contraditórios de uso do espaço, tendo em vista que ele é um recurso, uma relação, uma criação humana. Seu termo originou-se do latim que etimologicamente aparece tão próximo “*de terre territorium*” quanto de térrae-territor (terror de aterrorizar), e tem relação com dominação (jurídico político) da terra e com a inspiração do medo e do terror, especialmente para aqueles que, subjugado a dominação, torna-se alijados da terra, ou simplesmente são impedidos de entrar e usufruir do “*territorium*”. Por extensão, pode-se também dizer que, para aqueles que têm o privilégio de usufruí-lo, o território inspira a identificação (positiva) e a efetiva “apropriação” (HAESBAERT, 2009, p. 203).

Segundo o referido autor, é possível perceber nas discussões teóricas sobre território, sobretudo, no que se refere às discussões sobre a desterritorialização quatro vertentes analíticas. A primeira analisa o território a partir do materialismo histórico e dialético; a segunda numa perspectiva idealista simbólico cultural; outra perspectiva engloba as diferentes dimensões sociais do território; e, por último, o território como categoria relacional.

Nesse sentido, a perspectiva do materialismo histórico dialético privilegia a dimensão material do território, o substrato onde se forjam as relações econômicas. O território historicamente definido pelas relações de produção e

pelas relações sociais. A rigor, o território nessa conjuntura está intimamente ligado “com a natureza e, nessa ligação, o território se torna, antes de tudo, uma fonte de recursos materiais da existência humana” (HAESBAERT, 2006, p. 47).

Na visão política, o território refere-se a um espaço delimitado e controlado por uma ou várias pessoas, não precisa ser necessariamente pelo Estado, mas por quaisquer grupos ou atores que detém maior domínio sobre o outro. Na perspectiva cultural ou simbólica cultural, o território é visto como um lugar de construção de identidade, onde se mantém relação com o espaço vivido. O território é visto como “produto da apropriação / valorização simbólica de um grupo em relação ao espaço vivido” (HAESBAERT, 2006, p. 40).

Na vertente econômica, o território é concebido como fonte de recurso e através dessas há relações econômicas, seja pelo trabalho ou capital. No olhar naturalista o território é a construção da sociedade com o meio, antes como técnico e posteriormente como técnico científico informacional (SANTOS, 2008).

No detalhamento desta reflexão o autor postula que o território “como fonte de recursos” se define por experiências territoriais em sociedades mais tradicionais, sobretudo, porque nessas sociedades os recursos necessários à existência humana são retirados da natureza. Contudo, há que se refletir que na sociedade técnico-científica o território é mais que uma simples apropriação da natureza. “Isto não significa, contudo, que estas características estejam completamente superadas (...) dependendo das bases tecnológicas do grupo social, sua territorialidade ainda pode carregar marcas profundas da ligação com a terra” (HAESBAERT, 2006, p. 47).

Outra contribuição importante de Haesbaert (2006, p.55) considera que “o território é relacional” e que envolve uma gama de relações complexas “entre processos sociais e espaço material”. O território não é um simples enraizamento no sentido tradicional, “estabilidade, limite ou fronteira”, ele é ao mesmo tempo, uma confluência do funcional e do simbólico.

A funcionalidade é o território como recurso a ser apropriado, “seja como proteção ou abrigo (lar para o nosso repouso), seja como fonte de recursos naturais”. O simbólico diz respeito aos conteúdos sociais de apropriação.

Nesse caso, o que está em questão não é o ter, mas o ser; o território da diferença e do princípio da multiplicidade (HAESBAERT, 2009, p.69).

Para Raffestin (1993), o território é todo e qualquer espaço caracterizado pela presença de um poder, ou ainda, “um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder”. E ainda, “o poder surge por ocasião de relações de poder”. Quando coexistem em um mesmo espaço varias relações de poder dão-se o nome de territorialidades (RAFFESTIN, 1993, p.54).

Também é importante dimensionar a noção de território e de territorialidade para além da ideia de controle e de domínio politicamente definido, trabalhando com a ideia de apropriação, mas que possa incorporar também uma dimensão simbólica, identitária e efetiva (GUATTARI, 1986).

Para o referido autor, a territorialidade é uma estratégia dos indivíduos ou grupo social para manter um determinado controle sobre pessoas ou sobre algum tipo de objeto. Resultando desta forma relações que são estabelecidas nos territórios. Também mencionado por Saquet, (2007, p.396) como uma perspectiva definida por uma:

Territorialidades como um fenômeno social, envolvendo indivíduos que fazem parte de grupos interagindo entre si, mediadas pelo território; mediações estas que mudam no tempo e no espaço. As territorialidades dependem da existência de relações intersubjetivas; em ultima instância, dependem da existência das redes locais que ligam os espaços locais aos globais, interagindo com a natureza.

As territorialidades no campo da saúde também envolvem relações estabelecidas por poderes que vão além dos domínios dos estados e municípios, mas, sobretudo, são constituídos por homens e mulheres em seus territórios adscritos. De acordo com Silva e Mendes (2004, p. 59):

Há, pelo menos, duas concepções de território aplicadas aos sistemas de serviços de saúde. A primeira toma-o de forma naturalizada como um espaço físico que está dado e está completo; nesta concepção, são os critérios geográficos que definirão um território denominado de território-solo. A segunda, coerente com a proposta da regionalização cooperativa, vê o território como processo, como um espaço em permanente construção, produto da dinâmica social onde se tencionam sujeitos sociais postos na arena político-sanitário. Uma vez que essas tensões são permanentes, o território nunca está acabado, mas, ao contrário, em permanente construção e reconstrução.

Entende-se que a concepção de território como processo seja mais adequada na aplicação dos sistemas de serviços de saúde, já que, os distritos sanitários são estruturados em uma base conflituosa e complexa devido a heterogeneidade peculiar aos diversos territórios que podem ser percebidos em um determinado espaço. Por isso esses territórios estão em constante transformação, e a todo o momento pode e deve sofrer modificações para acompanhar a dinamicidade que lhe é característica. Araújo e Augusto (2004, p. 59) afirmam que:

O território de um distrito sanitário é, pois, político, epidemiológico, cultural e econômico. Nele se exercita a hegemonia de modelos de políticas públicas, a exemplo da saúde pública e a tentativa de fazer cumprir seus princípios orientadores - da universalidade, da integralidade e da equidade - na atenção à saúde.

Nesse sentido, a análise territorial passa a ser fundamental para o cumprimento das diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, quanto à universalidade, integralidade, equidade e descentralização da saúde.

Mendes (1993, p. 2) também salienta a importância da categoria território enquanto espaço de análise da saúde, pois, esta deixa de representar somente “o espaço físico, topográfico ou burocrático” e passa a caracterizar o espaço de vida de homens e mulheres em suas práticas sociais, onde se “tencionam sujeitos sociais na arena política”.

A partir do momento que as políticas públicas estejam voltadas para a concretização de programas e projetos para a melhoria da saúde da população baseado nesse território, pode haver resultados melhores se comparado a essa mesma análise sobre um território normatizado. Trabalhar o território normado é importante para compreendermos como o município reorganiza o território a partir das políticas públicas e das vivências dos indivíduos e famílias que nele residem.

Santos (2006) menciona que a geografia por muito tempo priorizou os estudos da forma das coisas (o natural) a que sua própria formação (a natureza humanizada, construída e modificada pela técnica). Seu domínio não era a dinâmica e tão pouco avaliar o espaço como uma construção humana e mutável, mas, sobretudo, analisar e quantificar os objetos em sua forma cristalizada e fixa. Desta forma, os estudos geográficos por muito tempo

ficaram impossibilitados de compreender a geografia como uma ciência capaz de analisar a sociedade em movimento. Uma sociedade mutável, modificada de acordo com os movimentos sociais. Para Milton Santos:

Se a geografia deseja interpretar o espaço humano como o fato histórico que ele é, somente a história da sociedade mundial aliada à sociedade local pode servir como fundamento da compreensão da realidade espacial e permitir a sua transformação a serviço do homem. Pois, a história não se escreve fora do espaço e não há sociedade a espacial. O espaço, ele mesmo é social (SANTOS, 2012, p. 22).

Desta forma, é importante analisar o espaço geográfico como um espaço vivo, habitado e construído pelo homem e pela sociedade. Este território humanizado vai caracterizar um tempo específico de uma sociedade e suas relações estabelecidas. Acredita-se que o modo de produção pode especificar o momento vivido pela sociedade, pois, o novo vai dando continuidade ao velho. Juntos vão se reconstituindo e criando novas formas e estruturas no espaço geográfico.

Todavia, para compreendermos como o município reorganiza o território a partir das políticas públicas e das vivências dos indivíduos e famílias que nele residem, é necessário compreender o território a partir dessas relações estabelecidas. Também colocado por Pereira (2011), que quando há uma interação entre esses dois territórios (político e simbólico), necessariamente há uma multiterritorialidade articulada, materializada na perspectiva de uma transformação da realidade local e do espaço geográfico.

Neste contexto, “a territorialização em saúde se coloca como uma metodologia capaz de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas vigentes”, demarcando novos territórios a partir do reconhecimento das questões socioambientais e qualidade de vida e acesso da população as ações e serviços em saúde (GONDIM e MONKEN, 2008, p.3). Assim:

A antiga área de abrangência ganha outros significados, que complementam a simples delimitação geográfica, com a interação dos problemas econômicos, políticos, culturais e sanitários. É na verdade um espaço de vida pulsante, de alegrias e conflitos sempre em movimento e que não admite simetrias. Deverá ser esquadrinhado para que se possa conhecer a realidade de saúde da área socialmente determinada (MENDES, 1993, p. 93).

Uma das principais ferramentas para o reconhecimento socioambiental de um território está no Planejamento Estratégico Situacional - PES². O PES se tornou uma importante ferramenta para o reconhecimento do território a partir da realização de diagnóstico situacional das condições de vida e saúde de uma população em um espaço delimitado. No município de Pirapora o PES é executado principalmente pelos Agentes da Endemia e pelos profissionais da ESF através da delimitação e mapeamento do território adscrito.

A partir do reconhecimento e mapeamento do território por estes profissionais, “o planejamento é processado e materializado por meio de informações territorializadas acerca da situação de saúde e condições de vida da população” (GONDIM et al, 2008, p.15).

O processo de territorialização permite compreender as relações estabelecidas, além de qualificar o grau de vulnerabilidade da população adscrita. Barcellos e Monken (2007, p. 235) afirmam que:

Uma das mais importantes tarefas no processo de reconhecimento do território é identificar e reconhecer as diferenças internas, as desigualdades socioeconômicas das populações que habitam e participam da construção do território, espaços geográficos, lugares sempre delimitados que se caracterizam por apresentar uma relativa homogeneidade interna.

Partindo desta perspectiva, Mendes (1993) sugere subdividir os territórios do distrito sanitário em quatro novos territórios para facilitar o monitoramento, acompanhamento e as ações de saúde desenvolvida. Estes são:

- **Território – Distrito:** Segue uma lógica de caráter político administrativo, focado principalmente no planejamento urbano assistencial através das demarcações do território para a atuação dos agentes de saúde;
- _ **Território – Área:** É a delimitação da área de abrangência de uma Unidade de Saúde, território de atuação e assistência básica à saúde da família;
- _ **Território - Microáreas:** É definida de acordo com as homogeneidades sociocultural, político e econômico da população;

² PES foi proposto originalmente por Carlos Matus (Matus, 1989; Rivera 1989)como possibilidade social e histórica, contemplando simultaneamente a formulação de políticas, o planejamento e a programação dentro de um esquema teórico- metodológico de planificação situacional para o desenvolvimento dos Sistemas Locais de saúde.

Território – Moradia: Institui-se no cerne da família, local de vivência de um indivíduo, sendo esse um dos principais territórios a serem analisados pelo programa.

Quando analisamos os diferentes níveis territoriais em ações e serviços prestados a saúde, percebemos que o Território-Distrito e o Território-Moradia apresentam uma delimitação certa e bastante definida, já o Território-Área e Microáreas abarcam distâncias e população incertas. Ao seguir esses princípios, a territorialização da saúde é vista como uma etapa primordial na construção e desenvolvimento da ESF, tendo como um dos principais critérios a definição de clientelas.

Embora, a definição do território em áreas menores foi de primordial importância para o desenvolvimento da atenção primária, ainda assim, vimos em muitos municípios à fragilidade da atuação dos profissionais da saúde em definir suas obrigações e responsabilidades de acordo com as necessidades da população em seus territórios.

Observa-se também, que os trabalhos desenvolvidos na maioria dos territórios se resumem puramente como requisito político administrativo, com objetivo de obter dados para manter o sistema atualizado. Sobre este viés, Santos e Rigotto (2011, p. 389) pontuam também:

No entanto, por vezes, a estratégia da territorialização em saúde, sobretudo no contexto das ações da Atenção Básica à Saúde, reduz bastante a potência analítica e a eloquência descritiva acerca das inúmeras características da vida das pessoas que emergem num dado território. Em verdade, a operacionalização da categoria 'território' por parte dos profissionais do SUS vem sendo tratada de forma parcial, de modo que o conceito de espaço, consagrado a fins administrativos que se voltam para a dimensão gerencial dos serviços de saúde, tem limitado seu potencial e suas possibilidades na identificação de questões de saúde e das correspondentes iniciativas de intervenção concreta na realidade cotidiana das coletividades humanas.

Portanto, se as práticas de serviços e ações em saúde fossem desenvolvidas como preconiza o Ministério da Saúde e como foi sugerido por Mendes (1993) na definição dos territórios, provavelmente a resolutividade e o acesso às famílias atendidas pela ESF seria melhor, isto é:

A apreensão e a compreensão do território, em que pese toda a sua riqueza e complexidade, sinalizam uma etapa primordial para a

caracterização descritiva e analítica das populações humanas e de seus problemas de saúde. Além disso, também permitem a avaliação dos reais impactos dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população, possibilitando, ou efetivamente abrindo, espaços para o desenvolvimento de práticas de saúde voltadas para o chão concreto, para o lugar da vida cotidiana das pessoas. Essa (re)emergência do território como categoria analítica dos eventos saúde-doença não é recente, mas nos convida a novas ideias e a elaborações teóricas e práticas, inspirando-nos a pensar não no território *per si*, mas em termos dos seus contextos de uso – e aqui se encontram precisamente as possibilidades da construção de interfaces operacionais entre a Atenção Básica à Saúde e a Vigilância em Saúde (SANTOS e RIGOTTO, 2011, p. 389).

Quando pensamos a questão do acesso aos serviços de saúde disponível, fica evidente a importância do papel da ESF por incorporar as relações estabelecidas entre os profissionais da saúde e a comunidade assistida, tendo em vista que esta estratégia apresenta como eixos norteadores a oferta de serviços e a busca contínua das necessidades de saúde da população adscrita. Assim sendo:

A ESF, pelas características apontadas tem sido considerado como modelo estratégico por excelência dessa superação e, nesse sentido, está hoje disseminada na maioria dos municípios brasileiros, que contam com incentivos financeiros específicos para sua implementação (COHN, 2009, p. 98).

No caso da ESF em Pirapora, o acesso e acessibilidade de atendimento a saúde da população foi um dos principais fatores de superação da desigualdade em saúde. Alguns estudos tomam acesso como categoria analítica para se apreender as desigualdades de acesso e recursos tecnológicos disponíveis para diferentes grupos sociais, promovendo dessa maneira maior ou menor disponibilidade de cuidado a saúde.

Ao discutir a questão do acesso aos serviços de saúde, Cohn (2009) aponta a importância da organização do acesso aos serviços de saúde, questões essenciais na busca e superação das desigualdades da assistência à saúde. Deve-se ainda destacar que os profissionais de saúde têm uma importância muito grande no sucesso do programa e conforme destaca (ALVES e AERTS, 2011, p. 323):

O trabalho das equipes de Saúde da Família está fundamentado nos referenciais teóricos de vigilância e promoção da saúde. Assim, devem atuar a partir da oferta organizada de serviços, planejando seu

processo de trabalho de forma não somente a atender à demanda que vem espontaneamente aos serviços de saúde, mas, especialmente, a desenvolver ações para as pessoas que ainda não conhecem ou não frequentam o serviço de saúde. Para tanto, é necessário que conheçam seu território e as pessoas moradoras nessa área tenha como rotina de trabalho a visita domiciliar.

No caso da ESF em Pirapora, o acesso e a acessibilidade de atendimento a saúde da população foi um dos principais fatores de superação da desigualdade em saúde.

2.1 - O Município de Pirapora e a saúde: Um breve Histórico

Localizar significa mostrar o lugar. Quer dizer, além disto, reparar o lugar.

HEIDEGGER.

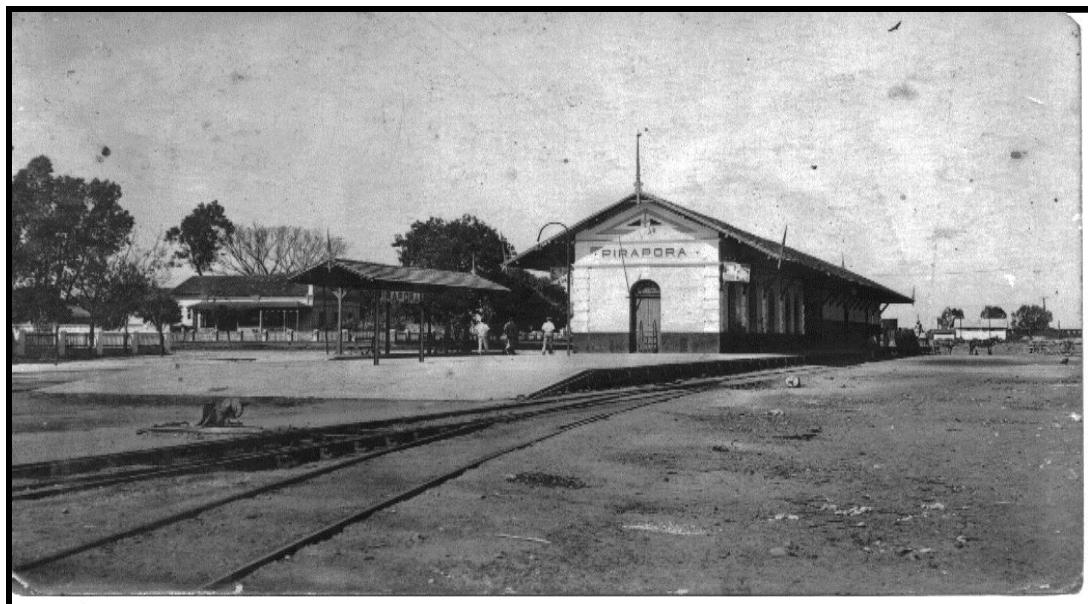
Pirapora, cidade norte mineira formada por uma população que para Schettino (1955) compõem um cenário etnográfico, cujos atores tecem a trama que resultou na construção do sertão norte mineiro. Indivíduos marcados por um dialeto local e incompreendido por muitos habitantes de outros estados brasileiros pelo seu sotaque e gírias que assemelham a população nordestina. Apesar do preconceito de muitos, ainda assim, são levados na brincadeira, visto que o sentimento de amor ao norte de minas supera qualquer ofensa que por ventura se faça a qualquer indivíduo (COSTA, 1997). Além do fator sociolinguístico, a população norte mineira também enfrenta preconceitos por habitarem uma região desprovida de recursos financeiros propiciada para o desenvolvimento econômico, se comparados a outras regiões do Brasil.

Com a vinda da ferrovia (FOTO 1), a cidade assumiu a condição de “ponta de trilhos”, e, por isso mesmo, passou a centralizar o comércio de todo o sertão Noroeste de Minas e logo se transformam no maior centro industrial da região. Com o avanço dos trilhos em direção à Pirapora, aliado à importância de sua via fluvial, tendia à transformação desta localidade na principal porta de entrada do sertão (MOREIRA, 2010, p. 35).

Lessa (1993) ressalta que após este período, chegou a haver um considerável fluxo de mercadorias entre as principais cidades do norte de

minas - Montes Claros e Pirapora. Tal fluxo foi importante a ponto de fazer com que as lideranças regionais, já por volta de 1908, pretendessem construir estradas facilitando a comunicação entre Montes Claros e o ponto final da via férrea, na época, localizada em Várzea da Palma, nas proximidades de Pirapora. Esta perspectiva histórica corrobora os estudos de Paula (1957), quando este menciona que em 1916, importavam-se do Rio de Janeiro, artigos estrangeiros, ferragens, armarinho e diversos outros produtos.

Foto 1: Estrada de Ferro Central do Brasil



Fonte: Acervo digital de Eduardo Hatem (acesso em 25/04/2013).

Cardoso (1996) menciona também, que a estrada de ferro foi um fator de vital importância no processo de reorientação econômica da região. Com a ligação ferroviária, diminuiu as disparidades e consequentemente o isolamento da qual a região foi submetida desde o inicio do século XVIII. A ferrovia significaria ainda, muito mais que uma possibilidade para o incremento das relações comerciais da região, teria sido, na realidade, a via pela qual a região do Norte de Minas começa a integrar a dinâmica econômica do centro-sul do país (MOREIRA, 2010).

Desta forma, a estrada de ferro contribuiu também para que o município de Pirapora incrementasse suas relações mercantis e, passasse a ser representada como um grande centro econômico no Norte de Minas. Todavia,

este desenvolvimento não perdurou por muito tempo. A estrada de ferro estava entrando em decadência, mas ainda assim, possibilitou para o município de Pirapora e diversos outros municípios ao seu entorno uma estrutura física razoável, fator relevante para atrair os incentivos fiscais vindo da SUDENE e do Governo Federal.

Os investimentos possibilitaram novas transformações na cidade de Pirapora. Foram implantadas indústrias têxteis, de alimentação e de bebidas, também foram desenvolvidos projetos de irrigação financiados pela Companhia de Desenvolvimento do Vale de São Francisco – CODEVASF, possibilitando o crescimento econômico da cidade e garantindo emprego e qualidade de vida a população residente.

A inserção do Norte de Minas na área da SUDENE, é justificada por apresentar características peculiares e semelhantes as do Nordeste Brasileiro, como mostra os documentos da Assessoria Para Assuntos da SUDENE (1970, p. 03), “suas estruturas produtivas, seus hábitos e a própria origem de sua população, além da continuidade física de seu território”, faz com que os indicadores de subdesenvolvimento mais comuns no Nordeste sejam semelhantes aos da região norte Mineira (RODRIGUES, 2000).

De qualquer forma, a visão aceita oficialmente, conforme se verifica nos documentos da autarquia, a exemplo de SUDENE, é a de que tal inclusão “[...] foi fundamentada no fato de se localizar no Polígono das Secas e apresentar aspectos físico-climáticos similares aos do semi-árido nordestino”. Até o início da década de 1960, não haviam políticas específicas e deliberadas de desenvolvimento que contemplassem o Norte de Minas. Somente a partir de sua incorporação à área do “Polígono das Secas” e sua consequente inclusão nas ações da SUDENE, que a mesma passou a ser alvo de tais políticas públicas (MOREIRA, 2010, p.40).

Todavia, o modelo de desenvolvimento implantado no Norte de Minas, visava principalmente o crescimento econômico, calcado na ação do Estado planejador e interventor. Buscava-se criar condições para a produção e para a reprodução capitalista, sendo, para tanto, necessário o estabelecimento de condições estruturais em detrimento de concepções e estruturas sociais já

existentes nos locais alvos do desenvolvimento. Tais iniciativas objetivavam integrar o Norte de Minas ao processo de desenvolvimento nacional.

O processo de modernização das estruturas econômicas da região Norte de Minas desenvolveu-se através de ações conjugadas de organismos federais, como a SUDENE, com incentivos fiscais e financeiros voltados para a industrialização e grandes projetos agropecuários; e da Companhia para o Desenvolvimento do Vale do Rio São Francisco– CODEVASF, que se ocupava do desenvolvimento econômico da Bacia do Rio São Francisco, através de ações e projetos agroindustriais, tendo como alicerce básico a agricultura irrigada.

Outro aspecto que merece destaque foi à ampliação das relações norte mineira com o Centro-Sul. A partir da criação da SUDENE, intensificaram-se os esforços dos governos federal e estadual no sentido de promover a integração de sua economia àquelas da região Centro-Sul do País. Por isso mesmo, preocupou-se em dotar o Polígono das Secas mineiro de condições infraestruturais, de maneira que, se expandissem formas de produção capitalistas mais modernas.

As ações conjugadas destas agências federais se distribuíram basicamente em quatro eixos: a) grandes projetos agropecuários; b) industrialização; c) reflorestamento; d) e projetos de irrigação. O município de Pirapora, em especial, foi beneficiado, sobretudo, pela industrialização e pelo projeto de irrigação que contribuiu para o desenvolvimento econômico e social da população residente.

Esse contexto, além de promover a paulatina transformação em muitas das características apresentadas pela estrutura produtiva norte mineira, contribuiu também para que vários de seus aspectos sociais, econômicos e culturais se alterassem e/ou mesmo se reforçassem.

As ações implementadas pela SUDENE significaram um grande impulso para as atividades industriais da região, que tiveram um crescimento substancial entre 1970 e 1985. Destacaram-se Montes Claros, Pirapora e Várzea da Palma como polos industriais regionais. A concentração dos investimentos em alguns municípios não propiciou, no entanto, o dinamismo da economia norte mineira como um todo. Acentuaram-se as disparidades entre

as suas microrregiões apesar do volume dos investimentos realizados e da qualidade de empreendimentos beneficiados na região (pela SUDENE) até recentemente (RODRIGUES, 2000).

Sobre as condições de vida da população da região, Rodrigues (2000) afirma que, apesar da melhoria do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a partir da década de 1970, a região tem a média do IDH muito menor que a do Estado. Ao se considerar o IDH Renda, isoladamente, o Norte de Minas continua na situação de “baixo desenvolvimento” e que vem piorando na última década. Estes indicadores refletem a proporção da população abaixo da linha de pobreza, que aumentou de 65% na década de 1980 para 75%, no ano de 1991. Analisando esta situação, Rodrigues (2000, p.124), afirma que;

Esses projetos não conseguiram gerar número significativo de empregos, capaz de reter a força de trabalho antes dedicada à agricultura de subsistência. Houve melhora significativa no setor de infraestrutura, sendo a intervenção do Estado decisiva nesse aspecto. Contudo, observando-se a estrutura mais recente da economia local, continua a grande desigualdade de condições de vida entre os segmentos da população, tanto em áreas rurais, quanto em áreas urbanas e o baixo desenvolvimento da região com relação às demais do estado de Minas Gerais.

Dessa forma, a região apresentou um acentuado crescimento econômico nas últimas décadas em detrimento das condições sociais. As taxas de crescimento do PIB da região, de 1985-1995, foram superiores às do Brasil e às do estado de MG (3,70%). Ainda assim, Moreira (2010) observa que tal crescimento, no entanto, não refletiu de modo igual em todos os segmentos da população. Os vazios deixados pelas políticas estatais contribuíram para o surgimento, ao longo dos anos, no Norte de Minas, de organizações não governamentais.

Baseado no contexto do crescimento econômico do Município de Pirapora percebe-se a grande importância da inserção do Norte de Minas, e em especial, o Município de Pirapora na área da SUDENE, todavia, cabe-nos questionar, o incentivo fiscal vindo do governo federal contribui para o desenvolvimento do Município? A população local obteve benefícios com a ampliação desses recursos? Como o crescimento econômico em Pirapora contribui para a efetivação da ESF na cidade? Quanto à saúde pública no município de Pirapora, não encontramos documentos que mostrassem a real

situações da saúde vivida pela população, somente alguns documentos históricos e relatos vindos de familiares residentes na cidade, narrando as precariedades dos atendimentos realizados.

O primeiro hospital a ser fundado na cidade foi em 1949, inicialmente, o Hospital do SESP (FOTO 2) prestava apenas atendimentos laboratoriais, posteriormente, veio a fazer outros tipos de atendimentos e ampliando seu quadro para internações e atendimentos em postos de saúde como pode ser visualizado no boletim do município (FIGURA 1). O quadro de profissionais médicos neste período era deficiente e com poucas especialidades, ou seja, só havia médicos Cirurgiões, Clínico Geral e Obstetra. Ainda assim, o hospital do SESP representava muito para a população do Município de Pirapora e cidades vizinhas.

O hospital era mantido pela Fundação de Saúde Pública (Fundação SESP) que na atualidade chama-se Hospital Municipal Dr. Moisés Magalhães Freire.

Sob os cuidados da Diretoria Regional de Minas Gerais e do Serviço Social da Indústria (SESI), foi feito um levantamento da situação industrial e socioeconômica de Pirapora entre os anos 1967 a 1968. Tal investigação relata alguns requisitos a respeito da questão da saúde no Município de Pirapora neste período.

Pirapora dispõe de um hospital com capacidade para 40 leitos (o hospital pertence ao SESP e em média são mantidos de 10 a 15 doentes além da capacidade), 1 posto do INPS, 1 Unidade Sanitária do SESP, serviço de clínica médica mantido pela Cia. Navegação do São Francisco (exclusivo para funcionários da Cia) e 7 Farmácias e Drogarias. Se levarmos em conta que municípios vizinhos, tais como São Romão, Aarão Reis, Santa Fé de Minas e Porto Faria, nem se quer dispõem de um médico, a situação se agrava. É para Pirapora que converge à população destas cidades e outras mais afastadas, em busca de recursos médicos. A prestação de serviços da Unidade Sanitária do SESP é extensiva a crianças e adultos. Porém, e para as gestantes e as crianças que mais se destinam os serviços médicos (SESI, 1969, p.10).

Figura 1: Boletim sobre a história do Antigo hospital SESP de Pirapora.



Foto 2: Antigo Hospital Municipal De Pirapora.



Fonte: Recorte de jornal da Prefeitura Municipal de Pirapora. Acesso em 2013.
Org.: COSTA, V. A., 2013.

Segundo a pesquisa realizada pelo Sesi, a categoria de saúde do Município não se encontrava em boas condições, visto que, o município continha aproximadamente uma população de 17130 (dezessete mil e cento e trinta) habitantes, sendo que era disponibilizado somente um hospital para sanar as necessidades em saúde dessa população (IBGE, 1964).

Há relatos de familiares como dona Patru residente de Pirapora à mais de 50 anos, menciona que a maioria da população nesta época, quando se encontrava enferma, não procurava necessariamente um médico, ou as outras possibilidades clínicas, procuravam simplesmente uma benzedeira ou curandeiro para estes serviços. Inclusive era comum em cada família ter a sua própria benzedeira.

Outro fator importante a ser relatado nos atendimentos feitos à saúde desde a criação do Hospital até os dias atuais, está na forma pelo qual os pacientes são atendidos. O modelo de serviços de saúde atuando na medicina curativa (com atividades na unidade Hospitalar e no Posto de saúde), a sua prioridade era mesma a medicina preventiva. A enfermagem era encarregada de levar os trabalhos preventivos de saúde pública as famílias e as

comunidades. Uma reportagem do jornal da prefeitura de Pirapora de 1968 mencionava que:

A seleção das pessoas com prioridades de atendimentos médicos eram feitas através da triagem, baseando-se em critérios de gravidade do caso (incluídas ai as doenças infecto – contagiosas); a distância da residência do paciente; a situação de falta ao trabalho para comparecer a Unidade de saúde ou já ter comparecido sem ser atendido. Após a triagem, os casos eram encaminhados ao arquivo central para a abertura da ficha caso fosse o primeiro atendimento. Vários eram os serviços mantidos pela enfermagem do SESP em Pirapora, como a assistência as gestantes e recém-nascidos (incluindo vacinas, exames, acompanhamentos, consultas, visitação domiciliar, curativos umbilicais e programas de DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis); controle das imunizações e tratamento antissifilítico); assistência médica sanitária as crianças menores de 4 anos; registro de aproximadamente 80% do controle de doenças transmissíveis, controle de tuberculose em Pirapora e Região..

Devido a essas condições ambientais o município passou por sérios problemas de epidemia e de febre amarela, o autor coloca que a cidade era marcada por indivíduos que:

Chegavam como uma corrente d’água que se comunica com o fio antigo por um filete exíguo... Os rostos sujos, as mãos de dedos magros, as pernas marcadas de urzes, os rostos inchados de maleita, povoavam a estrada que conduzia a um futuro melhor (CARDOSO, 2005, p.42).

Também houve a presença de diversas outras doenças relacionadas com a pobreza e falta de saneamento. E esses fatores se agravaram mais ainda com o processo de crescimento econômico da cidade, a partir do momento que a cidade passou a receber investimentos ampliou o processo migratório.

Lacerda (2004) também mencionou as condições de higiene vivida pela população neste período. Com a ausência de esgotos residenciais e industriais, os dejetos eram escoados em direção ao rio São Francisco, local utilizado como fonte de renda e subsistência para muitas famílias através da pesca.

Para que possamos compreender a implantação e desenvolvimento da ESF em Pirapora, tivemos que inicialmente compreender os caminhos a serem trilhados para o desenvolvimento desta pesquisa, assim como o território e a territorialização como requisito primordial para a efetivação e desenvolvimento da ESF em Pirapora. Dessa forma, no próximo capítulo pontuamos e descrevemos os principais requisitos de avanços e entraves para a

implantação e desenvolvimento da ESF em Pirapora, além de especificar a importância desta para a saúde e qualidade de vida da população assistida.

CAPITULO III

A IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM PIRAPORA

A ESF contribui para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, promovendo a atenção primária e apontando para um novo paradigma de atenção à saúde (SANTANA; CARMAGNANI).

3.1 Uma breve contextualização da ESF no Brasil

A história da ESF se inicia com a criação do Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) em 1991, criada para tentar reduzir a mortalidade materno-infantil. Sua expansão se deu principalmente a partir de 1995, atingindo 2,5 milhões de pessoas cobertos pelo programa, sendo acompanhada por 724 equipes de multiprofissionais com dedicação exclusiva aos pacientes dos territórios adscritos (GOULART, 2007).

Assim, a ESF teria uma definição que se dá por um recorte territorial correspondendo à área de atuação de responsabilidade das equipes, segundo agregados de famílias a serem atendidas (no máximo 1000 famílias ou 4500 pessoas), que corresponde a um bairro ou parte dele, sejam em áreas urbanas ou rurais. Sua composição se daria por uma equipe composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de cinco a seis agentes comunitários de saúde. Em alguns municípios também fazem parte da equipe, psicólogo, dentista e diversos outros profissionais.

Souza (1999) afirma que a ESF desde seus primórdios veio com intuito de fortalecer o processo de descentralização do SUS através da concepção de oferta da atenção básica no cerne da comunidade, criando, sobretudo, um elo entre os profissionais e os usuários. Esta relação se fortalece por este programa se fazer presente em localidades onde os serviços não existiam. Para a autora este programa significa um avanço nas propostas de saúde ao superar uma etapa de serviços realizados na comunidade, para outra de serviços realizados com a comunidade. Assim a família passa a ser compreendida a partir do espaço em que vive, chamado de espaço/domicílio. É importante ressaltar também que o caráter de objeto de atuação não significa

uma reedificação da família, pelo contrário, sendo foco de atuação das políticas públicas de saúde, a família passa a ser a dimensão mais presente no contexto social e histórico (SOUZA, 2007).

O Ministério da Saúde em Brasil (2000a) reitera ainda que a ESF incorpora os princípios da universalidade e equidade. Tendo este como a principal alternativa para o modelo assistencial. Assim sendo, o mercado não seria o principal critério para organizar e distribuir serviços, mas, sobretudo, o planejamento deve ser balizado a partir das necessidades apresentadas pela população.

A ESF passou por várias etapas, até se constituir como um programa capaz de modificar a realidade da saúde pública brasileira. No ponto de vista institucional, alguns marcos foram importantes para a sua trajetória, como por exemplo, a articulação entre as universidades e as secretarias de saúde para a criação dos pólos de capacitação em saúde da família; a parceria com a comunidade solidária; a abertura de linhas de financiamento junto ao Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS) e o estabelecimento do Pacto da Atenção Básica entre o MS, gestores estaduais e municipais.

No ponto de vista normativo e financeiro, a ESF recebeu apoio importante da Norma Operacional Básica do SUS de 1996. A NOB 96³ apresentou perspectivas de mudanças no modelo assistencial, principalmente quanto aos incentivos e organização do programa. Tais mudanças estão balizadas na busca da integralidade; na incorporação do modelo dominante ao modelo epidemiológico; na associação dos processos individualizados para um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e no seu espaço/território; e na incorporação como projeto das ações, das pessoas, do meio ambiente e dos comportamentos interpessoais (GOULART, 2007).

³ NOB aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que redefine: a) os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única; b) os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS; c) os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas; d) a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade; e) os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social (BRASÍLIA, 2007).

Outro fator importante foi a implantação do Piso da Atenção Básica (PAB) que acarretou a transferência de recursos federais dentro de uma modalidade automática (fundo a fundo), além de exigirem que as equipes estivessem integradas a rede municipal, ou que se desenvolvessem estratégias similares de garantia de integralidade da assistência. A NOB 96 coloca também que além desses requisitos colocados pelo Piso de Atenção Básica (PAB), ainda era necessário manter atualizada todas as informações referentes à produção de serviços da ESF, caso contrário, resultaria na suspensão dos créditos respectivos (LIMA; MACHADO, 2000). Sobre este viés, Goulart (2007) aponta também que:

Nesse momento, a atenção básica ganhou destaque e centralidade na política de saúde. Foram realizadas importantes ações, tais como, a assinatura do Pacto da Atenção Básica, a edição do respectivo manual, a incorporação do DAB a SPS, e a própria formulação da NOAS. Ocorreu também a elaboração e a divulgação das linhas estratégicas para o quadriênio 1999–2002, mostrando o delineamento cada vez maior de um rumo estratégico para o PSF (GOULART, 2007, p. 109).

Também foi proporcionada pela NOB 96 a definição de um valor per capita mínimo, definido de acordo com a quantidade de procedimentos realizados no ano anterior, resultando também dessa forma, um acréscimo nas transferências dos recursos cedidos a assistência da atenção básica, mesmo nos municípios que tinham dificuldades de apresentar produção suficiente de procedimentos. Foi definido ainda segundo Goulart (2007, p. 94-95), “um valor de dez reais por habitantes por ano, possibilitando homogeneização das transferências para o conjunto de municípios”.

Esses recursos concedidos a ESF foram também acrescentados pela portaria 1329 de novembro de 1999 (BRASIL, 1999), que por meio da cobertura populacional oferecida pelas Equipes Saúde da Família, e passaram a ser critérios de definição para o incentivo a ser pago por equipe. De acordo com a população coberta o incentivo chega a ser de até 7% (GOULART, 2007).

Quanto aos processos de avaliação dos resultados da implantação e desenvolvimento do ESF segundo a pesquisa denominada “Avaliação da Implantação e funcionamento do PSF”⁴ realizada pelo MS, Goulart (2007),

⁴ A pesquisa “Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa Saúde da Família – PSF”, realizada pelo Ministério da Saúde entre abril e julho de 1999, identificou que 83% dos municípios

afirma que, os resultados oficiais só foram divulgados no ano 2000, ou seja, foram avaliados os seis primeiros anos de funcionamento do PSF. A avaliação ocorreu mediante consultas por correio a um conjunto de 1.219 municípios e 3.119 equipes de saúde da família em 24 estados. Os resultados encontrados no ponto de vista da gestão do programa balizaram em pouca participação dos gestores estaduais e carência quanto aos incentivos financeiros, materiais e técnicos por parte da Secretaria do estado da saúde (SES).

No ponto de vista das políticas de recursos humanos, a maioria dos médicos e enfermeiros contratados não tinham vínculos com o lugar, ou seja, a maioria deles não residia no município e nem mesmo no próprio estado. Também haviam falhas nas contratações de profissionais de saúde, sendo que a maioria dos processos seletivos eram realizados com alto grau de informalidade, além de existir muitos contratos temporários e de prestação de serviços para os profissionais médicos e enfermeiros (GOULART, 2007).

Quanto aos processos de trabalho dos profissionais da ESF, a noção de território como categoria de análise estava presente em cerca de 80% dos casos. A pesquisa também apresentou uma alta rotatividade dos profissionais chegando a aproximadamente 70% destes, atuando nas unidades por menos de um a dois anos.

Embora, a pesquisa tenha constatado um desgaste com as atividades do PSF devido aos vínculos empregatícios precários, carência de suporte e materiais para as atividades cotidianas, dificuldades de acesso ao local de trabalho entre outros. Ainda assim, foi bastante expressivo o aumento da oferta na maioria dos procedimentos característicos da atenção básica com a implantação do programa (GOULART, 2007). A tabela 1 mostra a evolução da ESF no Brasil entre 1994 a 2011.

pesquisados haviam implantado o programa entre 1997 e 1998. Apenas nos estados do Ceará e de Santa Catarina havia um número maior de municípios com implantação anterior a 1997 (BRASIL, 2000). Um ano depois, em dezembro de 1999, o PSF estava implantado em 1.870 municípios nas 27 unidades federadas (BRASIL, 2000, p. 17).

Tabela 1: Brasil: Evolução quantitativa da ESF entre o ano de 1994 a 2011.

Ano	N de Municípios atendidos	N de Equipe do ESF	População Coberta
1994	55	328	1.132
1995	150	724	2.498
1996	228	847	2.922
1997	567	1.623	5.599
1998	1.134	3.083	10.636
1999	1.647	7.254	14.676
2000	2.766	8.604	29.684
2001	3.233	11.285	38.933
2002	4.500	16.734	55.034.133
2003	4.680	19.068	62.339.523
2004	4.720	21.232	69.032.819
2005	5.000	24.562	78.752.775
2006	5.100	26.729	85.339.221
2007	5.150	27.324	87.321.320
2008	5.158	29.300	93.178.729
2009	5.158	30.328	98.140.711
2010	5.240	31.660	100.068.661
2011	5.263	32.295	101.884.067

Fonte: SIAB/MS, 2013. Org.: COSTA, V. A, 2013.

Pensar os períodos políticos e os governantes que estiveram no poder é de suma importância para compreender a expansão da ESF. Entre os períodos de 1994 a 2002 tínhamos no comando o partido PSBD, sendo que neste período ocorreu um crescimento sucessivo da ampliação da estratégia, mas, o aumento significativo ocorreu, sobretudo, entre 2002 a 2003. A cobertura populacional do programa passou de 38.933 pessoas cobertas pelo programa para 55.034.133 milhões. Neste período, o Senador José Serra, então Ministro da saúde, tinha pretensões em concorrer às eleições para presidente em 2002.

Este fator contribuiu para que ele colocasse a ESF como principal estratégia em sua candidatura (GOULART, 2007).

Entre os períodos de 2003 a 2011 o Brasil foi comandado pelo partido dos Trabalhadores (PT), período no qual ocorreram acréscimos de valores significativos na cobertura da ESF e também maiores ampliação de municípios que aderiram à estratégia. Já no primeiro ano de mandato do PT a população coberta pela ESF passou de 55.034.133 milhões para 62.339.523 milhões indivíduos adscrito, tendo crescimento sucessivo da cobertura dentre esses nove anos.

Outro fator que contribui para o crescimento da cobertura pela ESF foi a trajetória ascendente da estratégia dentro do Ministério da Saúde, ao passar da FUNASA para o MS e, dentro deste assumir o *status* de uma diretoria, primeiro na Secretaria de Assistência à saúde e, depois, dentro da secretaria de políticas de saúde (GOULART, 2007). Sobre a expansão da cobertura da ESF Goulart (2007) menciona ainda a importância das forças políticas para o crescimento e expansão da ESF no país.

O contexto inicial da Era de Expansão caracterizou-se pela preparação e posterior condução do segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso, quando foi elaborado o documento Avança Brasil, cujo conteúdo deu origem ao PPA (Plano de Pronta de Ação) para o período de 1999 – 2002 (GOULART, 2007, p. 108).

Estes números revelam valores significativos sobre o crescimento quantitativo da ESF, tanto quanto referente à cobertura populacional, quanto aos números de equipes e municípios que aderiram ao programa. Goulart (2007) aponta ainda que:

A expansão da ESF e a adesão numérica progressiva do programa aos municípios está relacionado também pelo aprofundamento de aspectos mais qualitativos. Dados, por exemplo, pelo fato de que o arcabouço normativo e doutrinário disponível havia se adensado bastante e também pela inquestionável adesão ao SUS, revelada por uma verdadeira "explosão" de habilitações de municípios as condições de gestão da NOB 96 (GOULART, 2007, p. 108).

Embora, os números de adesão a ESF por municípios brasileiros tenham revelado aumento significativo, ainda há preocupação quanto à efetividade desses programas, principalmente quanto às ações desenvolvidas por este. Goulart (2007, p.102) apresenta ainda que "a questão do PSF,

mesmo diante de avanços incontestáveis, ainda carece de experimentar apreciáveis saltos de qualidade”, tais como, flexibilizar o programa, intensificar a assessoria e orientação aos gestores, principalmente quanto às orientações dados aos profissionais para o desenvolvimento de um trabalho mais humanizado, e com mais participação da sociedade nas decisões a serem tomadas.

Desta forma, a ESF vai além de uma estratégia de reorganização da atenção à saúde, se tornando uma estratégia capaz de modificar os hábitos de vida da população em um determinado território.

3.2 - Pirapora: a implantação da ESF

A reconstituição dessa história é, pois, complexa, mas igualmente fundamental, se queremos entender como si dá em sua totalidade a evolução de um lugar e de um território (SANTOS).

A ESF foi implantada em Pirapora no ano de 1998, seguindo as diretrizes estabelecidas no Plano Municipal de Saúde e aprovada pelo conselho Municipal, contexto em que se inseriu a implantação do programa como “estratégia de reordenamento do sistema de saúde e de reversão do modelo de assistência” (PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRAPORA, 2004). Tendo como objetivo resgatar o compromisso da atenção primária no município, bem como de reorientação e integração das atribuições e competências nas diversas instâncias institucionais. O processo representou inicialmente um esforço em mudar a situação da saúde pública no município, visto que este passava por sérios problemas epidemiológicos e os casos de saúde pública só se agravavam.

Os atendimentos a saúde realizado na cidade eram insuficientes. Pirapora contava somente com um hospital público e alguns postos de saúde, no qual realizavam alguns procedimentos de cunho curativos, e ainda assim, atendimentos limitados a maioria da população. As unidades de atendimentos de média e alta complexidade estavam restritas a cidade de Montes Claros e Belo Horizonte, município mais próximo para encaminhar pacientes da microrregião de Pirapora. As taxas de mortalidade e morbididades eram

elevadas, sobretudo a mortalidade infantil, como menciona o Secretário Municipal de saúde de Pirapora:

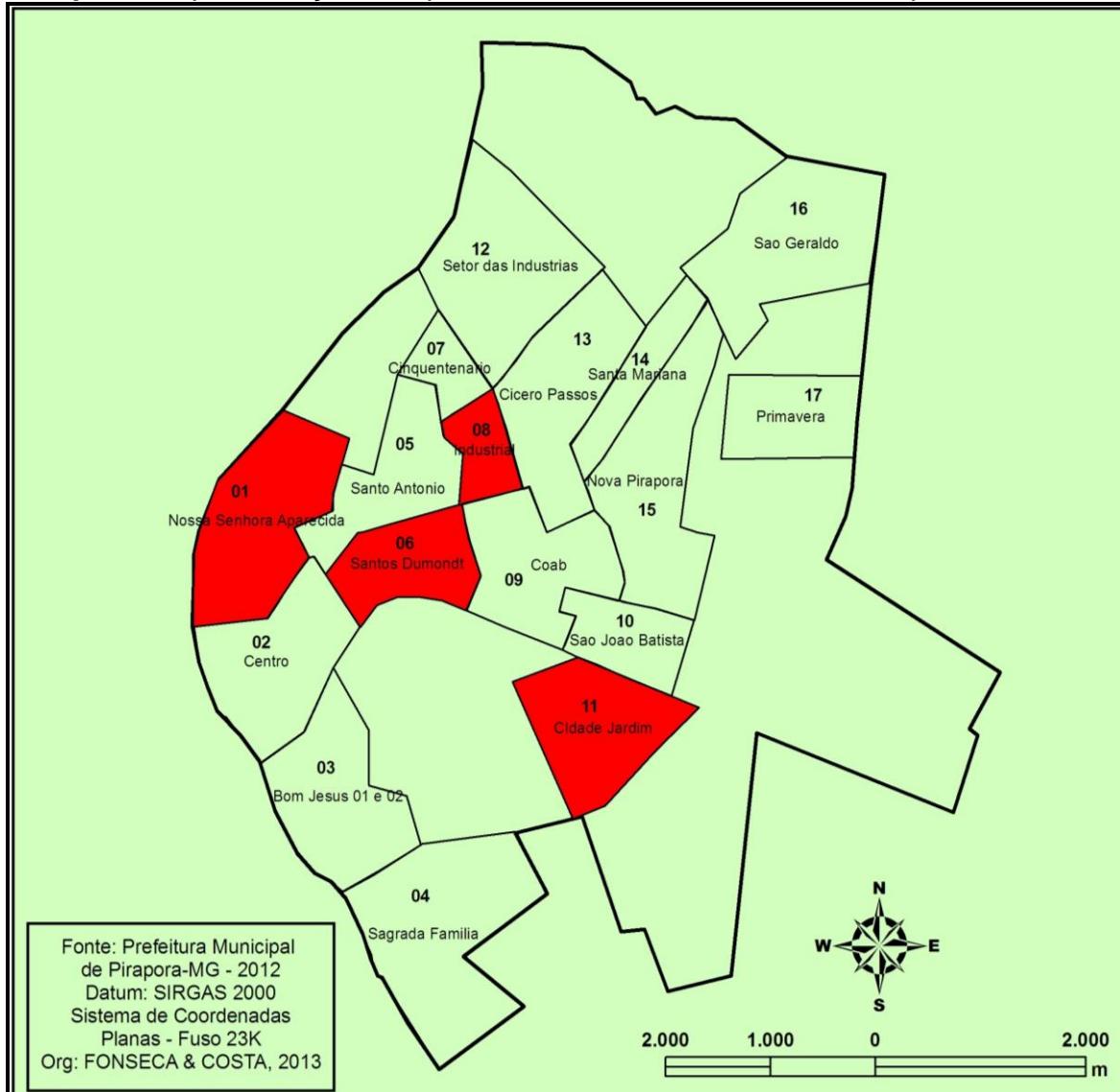
Era necessário diminuir as altas taxas de mortalidade infantil que estava em torno de 30 óbitos por 1000 nascidos vivos. Havia baixa adesão ao pré-natal e aos programas de prevenção (câncer de colo, e câncer de útero) e também alto índice de hipertensão e diabetes.

Para a implantação do programa, foi realizado um levantamento epidemiológico com finalidade de diagnosticar as principais intervenções a serem realizadas, determinando as prioridades que seriam adotadas pela equipe do programa e quais ambientes, áreas adscritas teriam a necessidade de uma maior intervenção por parte dos agentes de saúde. Diante disso, os bairros contemplados primeiro registraram maiores necessidades de intervenções do poder público, por apresentarem mais problemas socioambientais. Conforme nos lembra Goldstein et al. (2013) em sua análise sobre o mapeamento participativo em 17 municípios do nordeste brasileiro:

As práticas da ESF estão imbuídas de concepções de territórios e territorialização. A “territorialização” é vista como uma etapa da implantação do PACS e PSF. A ideia de territorialização descritas nos documentos e normas do SUS está baseada em aspectos gerenciais e técnicos. Na ESF, o processo de territorialização é entendido como a demarcação da área de atuação de unidades básicas de saúde, que deve coincidir com a área de abrangência das famílias adscritas a esta unidade. Contudo, este processo de territorialização, e delimitação de áreas de atuação, ainda que impreciso e confuso, é a principal fonte de dados para as análises sociodemográficas no âmbito da ESF (GOLDSTEIN et al., 2013, p. 47).

Desta forma as primeiras unidades de saúde foram implantadas nos bairros Nossa Senhora Aparecida, Santos Dumont, Industrial e Cidade Jardim, (MAPA 2).

Mapa 2: Representação das primeiras unidades da ESF em Pirapora



Fonte: Prefeitura Municipal de Pirapora, 2012 Org.: FONSECA, S.;COSTA, V. A., 2013.

A escolha por estes quatro bairros para iniciar a implantação da ESF se deu através de um levantamento epidemiológico do município que tinha como intuito prever quais as áreas detinham maiores necessidades dos profissionais da saúde de Pirapora, como salienta o secretário da ESF:

Na época, foi feito um levantamento epidemiológico do município para prever quais as áreas que teriam mais necessidades, já que, o programa não poderia cobrir 100% do município. As prioridades foram: lugares onde os indicadores mereciam atendimentos especiais e os lugares onde estavam concentradas as pessoas com as rendas abaixo do desejado e que precisavam de uma atuação mais importante de saúde (Sic).

Com a implantação da ESF, mesmo que em algumas áreas específicas e muito restritas, a população via na estratégia uma saída para os problemas de saúde na cidade. Pois, essa nova modalidade de atendimento que se caracterizava por não esperar a demanda chegar, agindo sobre ela preventivamente e integrando-a a comunidade, trouxe para as famílias piraporenses uma esperança de melhorias no campo da saúde pública, assim como, melhorias em sua qualidade de vida.

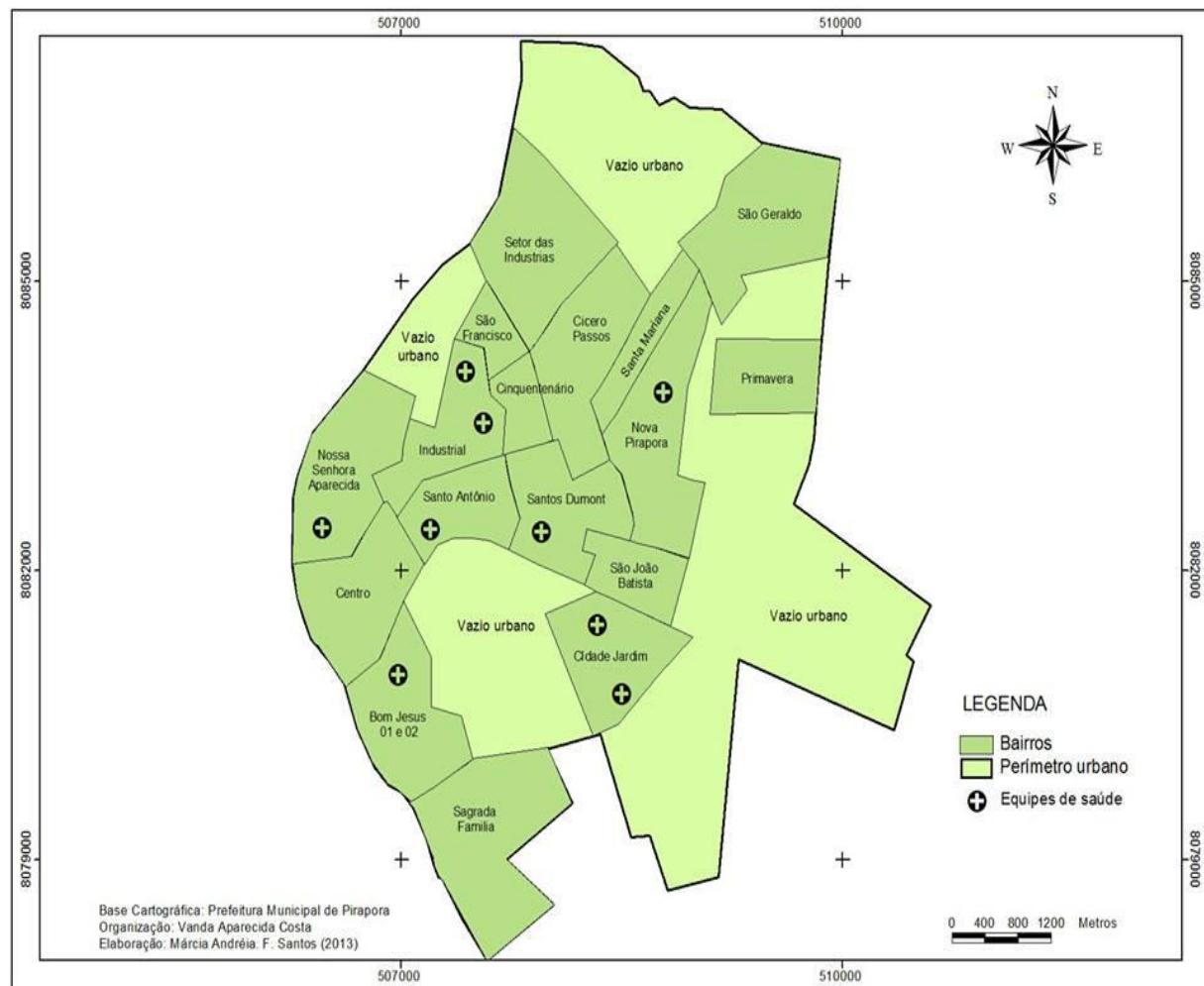
O secretário adjunto da ESF adverte que nos primeiros anos de desenvolvimento da estratégia já se podia ver modificações nas áreas adscritas quando comparada ao restante da cidade que não fazia parte dessas:

Nos primeiros anos de desenvolvimento do programa, via-se diferença quanto ao comportamento das famílias que recebiam as visitas de nossos profissionais. Percebemos que elas aprenderam mais a se cuidar, cuidar de suas casas e com isso, evitar muitos tipos de doenças que eram contraídas por falta de informação (sic).

Desta forma, percebeu-se na ESF uma maneira de modificar os projetos e programas que eram desenvolvidos na cidade, atuando de maneira direta e indireta na vida da população, possibilitando dessa forma um maior aproveitamento dos recursos e serviços por parte da população assistida.

Devido aos bons resultados das primeiras unidades de saúde implantada, a expansão da ESF no restante do território de Pirapora se deu a partir do ano 2000, chegando em 2011 com treze unidades de saúde distribuída no perímetro urbano da cidade (MAPA 3).

Mapa 3: Espacialização da Estratégia Saúde da Família na cidade de Pirapora em 2012.



Fonte: Prefeitura Municipal de Pirapora, 2010. Org: COSTA, V. A., 2013.

Devido às oportunidades que os ACS têm em observar contextos e comportamentos particulares nos domicílios visitados fazem com que estes possam ter uma visão mais abrangente das condições de vida das famílias assistidas. Na cidade de Pirapora torna-se visível o aumento da cobertura e a ampliação das equipes, como podem visualizar na tabela 2.

Tabela 2: Pirapora: Cobertura populacional, nº de equipes, nº ACS e porcentagem de cobertura entre 1998 a 2011.

Ano	Nº de Equipes	Nº de ACS	População Coberta	% de Cobertura
1998	04	28	23.928	13,6
1999	06	31	21.628	46,90
2000	07	39	26.249	52,33
2001	07	39	25.773	51,38
2002	07	39	25.526	50,88
2003	07	49	24.150	47,23
2004	11	77	37.950	73,67
2005	11	77	37.950	73,12
2006	11	78	37.950	91,91
2007	13	91	44.850	84,27
2008	13	91	44.850	83,77
2009	13	92	44.850	83,94
2010	13	92	44.850	83,94
2011	13	91	44.850	84,04

Fonte: SIAB, 2013. Org: COSTA, V. A., 2013.

A tabela representa um crescimento significativo da ESF na cidade de Pirapora. Iniciou com quatro equipes e com uma cobertura de 13,6% da população pelo programa. Um ano após sua implantação, sua cobertura passou de 13,6% para 46,90% com um acréscimo de 33,3%. Outro salto importante também na ESF da cidade se deu entre os anos de 2003 e 2004,

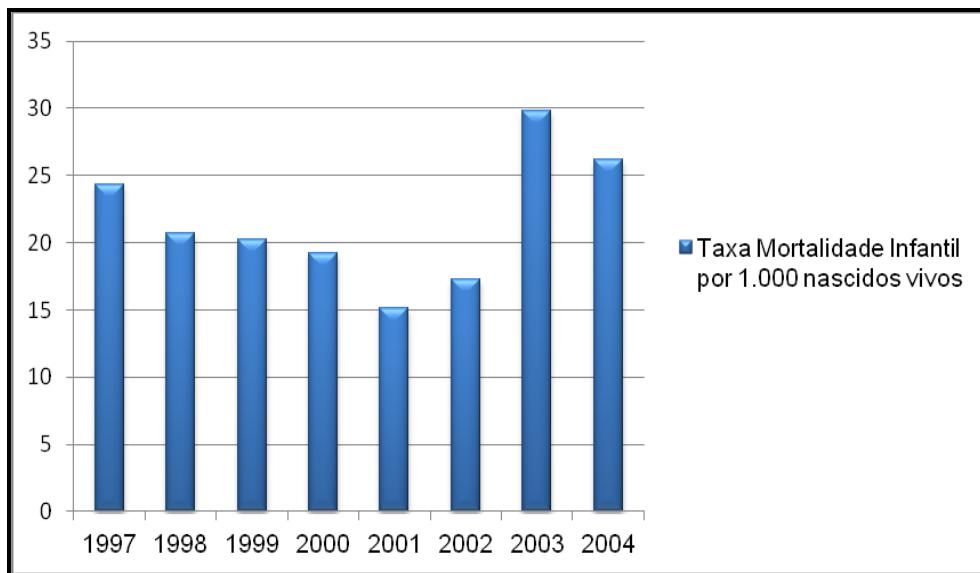
onde foram criadas mais sete novas Unidade de Saúde da Família, passando de 39 ACS para 77, aumentando dessa forma, mais 28 ACS. A sua cobertura também passou de 47,23% para 73,67% com um acréscimo de 26,44% da população coberta pelo programa (SIAB, 2013). Cada unidade, ou seja, cada território adscrito pelas unidades de saúde segue as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Cada unidade de saúde, contém sete ACS que tem sob sua responsabilidade de 200 a 250 famílias. As visitas são realizadas uma vez por mês, sendo modificado dependendo das condições de saúde das famílias e indivíduos contidos nas áreas e Microáreas sob suas responsabilidades. Conforme destacou Goldstein et al. (2013).

A ESF objetiva intervenção junto à população no seu território, como campo de práticas, por meio de ações abrangentes de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde. O seu principal desafio é integrar estas diversas práticas, o que pode ser potencializado pelo mapeamento e pela participação social no contexto ambiental, social e cultural em que as ações de saúde acontecem. A estratégia combinada de mapeamento, proposta neste estudo pode servir como base para o desenvolvimento de ações intra e intersetoriais a partir da ESF. O processo de reconhecimento do território de atuação das equipes da ESF deve refletir as novas maneiras de realizar o trabalho em saúde, em situações concretas que contribuam para produção da saúde (Goldstein et al. 2013, p. 54 - 55).

A criação da ESF em Pirapora se tornou relevante para a população local, principalmente no combate a doenças relacionadas ao território de moradia. Quanto a mortalidade infantil na cidade, o gráfico 1 nos mostra a tentativa da ESF em diminuir estes casos.

Os dados apontados pelo gráfico 1 demonstram uma queda na taxa de mortalidade infantil nos primeiros cinco anos da criação da ESF que vai de 1998 a 2002, e aumento nos dois anos subsequentes, 2003 e 2004. Em 1998 apresentava uma taxa de mortalidade de 20,7% e em 2001 de 15,1%, representando uma queda de 5,6%. Todavia, em 2002 as taxas já mostraram um acréscimo de 2,2%, chegando em 2004 com 26,2% de mortalidade infantil por mil nascidos vivo. Dentre 1998 a 2004 a maior taxa representada se deu em 2003 com aproximadamente 29,8%.

Gráfico 1:Taxa de mortalidade infantil do Município de Pirapora entre 1997 a 2004



Fonte: SIAB, 2013. Org.: COSTA, V. A., 2013.

Se compararmos o gráfico 1 da mortalidade infantil por mil nascidos vivos em Pirapora com a tabela 2 referente à cobertura populacional da ESF, deparamos com situações impares, pois, ao mesmo tempo em que aumenta a cobertura da ESF no município neste período, também aumenta a mortalidade infantil. Em 2003 a 2004, a cobertura da ESF passou de 47,23% para 73,65 % e a mortalidade infantil representou uma taxa de 29,3% em 2003 e 26,2% em 2004. Desta forma, houve um aumento significativo da cobertura e equipes da ESF em Pirapora, ainda assim, não conseguiram diminuir os casos de mortalidade infantil na cidade.

Sobre a relação estabelecida entre a cobertura populacional da ESF e a mortalidade infantil, o relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes sociais da saúde (CNDSS, 2008), afirma que para analisar estes fatores, não basta somente compreender a cobertura populacional e como a ESF atua nestes territórios, mas, sobretudo, devem analisar diversos outros fatores que contribuiu para as condições de vida dessa população. Dentre elas, as desigualdades educacionais e de renda como sendo uma das principais variáveis a serem analisadas sobre a evolução da mortalidade infantil. Sobre este viés a CNDSS mencionam ainda que para,

Além da escolaridade da mãe e a renda familiar, outros fatores também contribuem para o óbito infantil. Tais como, baixo peso ao nascer e o nascimento pré – termo (prematuridade), a duração do aleitamento materno, o estado nutricional da gestante e das crianças e a deficiência de micronutrientes, alem das doenças na gestação e na infância (CNDSS, 2008, p. 102).

Ainda que os dados apontassem equívoco quanto ao aumento na cobertura da ESF e também aumento na taxa da mortalidade infantil em 2003 e 2004, ainda assim, a ESF tem contribuído para modificar a maneira pela qual os atendimentos são realizados, possibilitando aos pacientes mais oportunidades de resolução de seus problemas de saúde. Sobre este assunto, o Secretário Adjunto de Pirapora, afirma:

Anteriormente, em Pirapora como no Brasil em geral, a saúde era muito focada no modelo hospitalocentrico, ou seja, as pessoas tinham muito mais, agora menos necessidade de atendimento pelo hospital. Primeiro chegava ao hospital com "dor", ai recebia uma medicação e sarava, nem sempre essa dor era sanada para sempre, ai o paciente voltava para casa, se o indivíduo tivesse com um problema mais sério a dor ia persistir e lhe incomodar novamente, e com isso as pessoas ficavam naquele circulo vicioso, casa-hospital, casa-hospital. A função do PSF é exatamente o contrário de tudo isso, é fazer com que o indivíduo se preocupe mais com sua saúde e fazendo com isso através da promoção e da prevenção (sic).

Neste movimento de contra-hegemonia, a ESF apresenta-se como estratégia potencialmente transformadora, pautada no conceito de saúde como capacidade humana determinada socialmente, coerente com os princípios de equidade, integralidade e universalidade, conforme os princípios orientadores da Constituição Federal Brasileira de 1988 (SOUZA, 2007).

Embora, a cidade não detenha ainda uma cobertura de 100% da população pelo programa, ainda assim, todas as famílias que procuram as unidades de saúde são atendidas, porém não recebem visitas dos ACS em seus domicílios. Cada unidade do ESF, ou seja, cada território adscrito pelas unidades segue as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

As visitas dos ACS são realizadas no mínimo uma vez por mês, sendo modificado de acordo com as condições de saúde das famílias e indivíduos contidos nas áreas e microáreas sob suas responsabilidades. Nos bairros onde há um maior número de população, ou cujas famílias apresentam mais vulnerabilidades ambientais e sociais, e por apresentarem uma maior

necessidade de cobertura e assistência, oferecem mais de uma unidade de saúde, como no caso dos bairros Industrial e Cidade Jardim.

3.3 Pirapora: as conquistas obtidas pela ESF

Em Pirapora, vimos os primeiros passos de uma saúde pública de qualidade a partir dos anos 1990, vindo a ser efetivado de fato a partir de 1998 com a implantação e desenvolvimento da ESF abarcando quase toda a população da cidade. Assim foi possível melhorar os atendimentos a população e, sobretudo, os profissionais de saúde se comprometeram por uma população definida e delimitada por um território adscrito.

Sobre este viés, o Secretário adjunto da ESF de Pirapora (Sr. Valdsom Rezende) menciona a evolução do programa na cidade, assim como as conquistas obtidas em termo de infraestrutura e equipamento no campo da saúde pública:

Anteriormente em Pirapora, a maioria das equipes estava fixada em casas alugadas, mal adaptadas para o atendimento do público, isso dificultava muito resolver algumas ações que era resolvida na atenção primária. Hoje temos quase 100% das nossas equipes em prédios e construções físicas adequadas tanto para o atendimento das pessoas quanto do ambiente de trabalho que propicia os profissionais desenvolver seus trabalhos, tanto do ponto de vista sanitário adequado, quanto do ponto de vista da funcionalidade do ambiente para determinados procedimentos realizados (sic).

Quando o entrevistado refere-se aos ganhos obtidos com a implantação e desenvolvimento da ESF para a ampliação do acesso a saúde na cidade, uma das principais conquistas está na construção dos espaços físicos das unidades de saúde, contribuindo dessa maneira para que Pirapora se torne modelo da Atenção Primária a Saúde. Na atualidade, Pirapora conta com aproximadamente 90% das unidades de saúde em construções novas e de propriedade do Município⁵ (FOTO 3 e 4).

⁵ Essa informação foi dada pelo secretário adjunto da ESF em uma entrevista.

Fotos 3 e 4: Unidade da Estratégia Saúde da Família em Pirapora



Autor: COSTA, V. A., 2013.

O Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde recomenda aos profissionais e gestores municipais que haja planejamento, programação e elaboração do ambiente físico das unidades de saúde. Dessa forma, é necessário que as UBS tenham ambientes para o atendimento médico, de enfermagem e de dentistas, inclusive para a realização de curativos e pequenos procedimentos, além de prever mobiliários, equipamentos e instrumentos imprescindíveis para quaisquer outros atendimentos (BRASIL, 2011).

A área física da UBS deve prever uma sala de consulta que ofereça privacidade para entrevista e exame físico, além de ter disponibilidade de macas, caso seja necessário manter o paciente em repouso, e cadeiras de rodas, para os que não possam se locomover. Essas recomendações do MS (2011) foram importantes para orientar os coordenadores nas construções das novas UBS, entre eles o coordenador das UBS de Pirapora.

Antes da criação dos novos prédios, as unidades de saúde apresentavam uma carência de equipamentos que dificultava o trabalho dos profissionais. Não havia espaços físicos para o desenvolvimento dos trabalhos dos profissionais nas unidades. Com as novas construções e com a ampliação dos espaços físicos devidamente equipados, os profissionais puderam ampliar seu quadro

de atendimento diário e consequentemente melhorar a forma desse atendimento⁶.

Na atualidade, as unidades de saúde realizam em média 20 consultas na demanda espontânea de acordo com o grau de prioridades. Sendo que estes pacientes devem estar cadastrados na referida unidade de saúde e, sobretudo, pertencer à área adscrita da unidade da qual buscou atendimento. As consultas agendadas também são em média de 20 consultas diárias⁷.

Quanto ao calendário de vacinas, não tem datas determinadas, são atendimentos diários de acordo com a necessidade de cada cidadão. Para a aplicação das vacinas, os profissionais das unidades de Pirapora não trabalham com a adscrição de clientela, desta forma, todo e qualquer paciente que procurar uma das unidades de saúde da ESF em Pirapora será atendido.

Com a ampliação dos espaços físicos, foi possível aumentar o número de atendimentos pelo profissional médico e também pelos outros profissionais da unidade (enfermeiros e técnicos de enfermagem). Cada profissional da unidade tem uma sala específica de trabalho. Possibilitando mais agilidade e competência⁸ aos trabalhos desenvolvidos junto à comunidade (FOTO 5 e 6). Nas unidades de saúde anteriores, esse espaço era dividido com trabalhos de outros profissionais na unidade, dificultando dessa forma, diálogo e agilidade quanto aos serviços a serem desenvolvidos na comunidade. As novas unidades também dispõem de equipamentos de pediatria, de exame ginecológicos e diversos outros utilizados no atendimento a nível primário. (FOTO 5 e 6).

Esses equipamentos contribuíram sobremaneira para o acompanhamento diário da população adscrita nas unidades de saúde. Os pacientes que necessitarem de atendimento mais especializado são encaminhados pelos profissionais das unidades para dar continuidade aos atendimentos nas unidades do Centro Viva Vida ou da Promoção da Saúde.

⁶Informações baseada na fala do Secretário Adjunto da ESF de Pirapora (Sr. Valdsom Rezende).

⁷Informações baseada na fala do Secretário Adjunto da ESF de Pirapora (Sr. Valdsom Rezende).

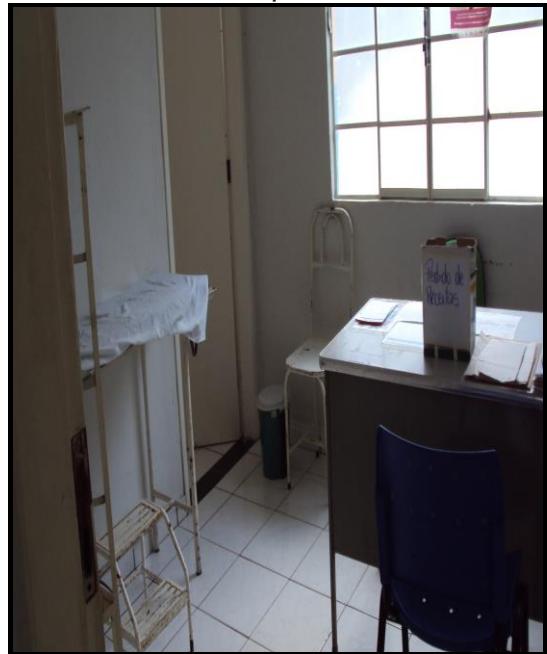
⁸O conceito de competência é expresso como “a capacidade pessoal de articular conhecimentos, habilidades e atitudes inerentes a situações concretas de trabalho” (Brasil, 1999b, p.4).

Foto 5: Sala de reuniões na Unidade de Saúde em Pirapora.



Autora: COSTA, V. A., 2013.

Foto 6: Escritório médico na Unidade de Saúde em Pirapora.



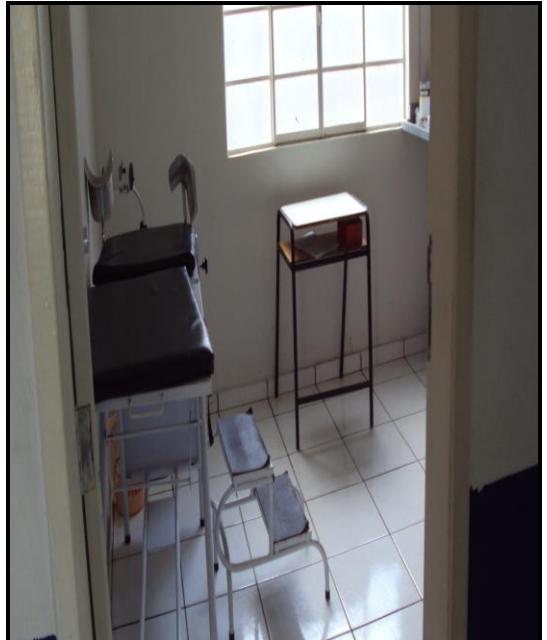
Autora: COSTA, V. A., 2013.

Foto 7: Equipamentos de pediatria na Unidade de saúde de Pirapora.



Autora: COSTA, V. A., 2013.

Foto 8: Equipamentos de exames na Unidade de saúde em Pirapora.



Autora: COSTA, V. A., 2013.

Este é um fator relevante para a ação continuada da atenção à saúde, pois, a disponibilidade de equipamentos possibilita aos profissionais chegarem a um diagnóstico mais preciso e satisfatório. A este respeito, o Secretário Adjunto da ESF de Pirapora, ressalta ainda que:

Quando estávamos com as equipes em casas alugadas, tínhamos procedimentos como, por exemplo, o PCCU – coleta de papa Nicolau preventivo, impossível de ser realizado. Não tínhamos ambiente adequado para atender as mulheres, hoje, esse tipo de prevenção já é realidade em todas as unidades pela estrutura física recebida(sic).

Este é um fator de suma importância para analisar a qualidade e disponibilidade do acesso a saúde de uma população adscrita, embora, Cohn (2009) alerte para o fato:

De que ter serviços disponíveis não quer dizer garantia de acesso. [...] a categoria acesso deve, portanto, ser vista não somente como geográfica e econômica, mas também organizacional e sociocultural. Ela pode descrever a capacidade que um serviço tem de dar cobertura a uma determinada população, ou o obstáculo a sua utilização, caracterizando uma interação que ocorre em um processo de produção de serviços (COHN, 2009, p. 99).

Nesse sentido, o acesso constitui uma categoria ímpar para analisar o sistema de saúde. Podemos com isso, compreender a dimensão da oferta de serviço relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Ou seja, não basta ter equipamentos em saúde disponíveis, é necessário entender o acesso a partir das relações estabelecidas entre as famílias adscritas em um território e os profissionais de saúde (SOUZA, 2007).

As unidades também dispõem de ambientes físicos amplos e arejados para o acolhimento (FOTO 9). Juntamente com os equipamentos técnicos, Pirapora se encontra na atualidade com uma organização em saúde privilegiada. Em todas as unidades, estão disponíveis espaços físicos para exames preventivos, ginecológicos, e diversos outros procedimentos que eram realizados somente no hospital municipal, e hoje também podem ser realizados em uma das 13 Unidades da ESF.

Foto 9: Sala de recepção das unidades de saúde em Pirapora.



Autora: COSTA, V. A., 2013.

Devido a ampliação da ESF em Pirapora, tornou-se local de pesquisas por diversas universidade, entre elas, a Universidade Federal do Estado de Minas Gerais (UFMG) e a Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), além de universidades particulares como a Faculdade Unida do Norte de Minas (FUNORTE). Além de ser referência nos atendimentos, ainda conta com um requisito importante para os profissionais que são sucessivos cursos de capacitação desenvolvidos.

3.4 - Pirapora: os desafios enfrentados na implantação e desenvolvimento da ESF

Grande parte dos desafios e dificuldades que permeiam a ampliação e aperfeiçoamento da ESF são comum aos enfrentados pelo próprio SUS. Dentre as principais dificuldades enfrentadas pelos gestores na implantação da ESF em Pirapora estava em compreender as diretrizes que iriam ser seguidas pelo programa. O processo de formulação não estava definido, ainda eram confusas as definições concretas no campo dos financiamentos e das políticas dos recursos humanos. Também havia dificuldades em confrontar as formas tradicionais de organização dos serviços em saúde na cidade.

A pouca disponibilidade de profissionais de saúde com conhecimentos e habilidades adequadas ao novo modelo também dificultaram a implantação e

desenvolvimento deste programa na cidade. Havia poucos profissionais habilitados para exercer tal função, sendo necessidade de capacitá-los de acordo com os avanços alcançados pelo programa. O Secretário Adjunto da ESF de Pirapora, ressalta que a questão de profissionais, principalmente do profissional médico, ainda é um empecilho a ser enfrentado na realidade da ESF, para ele:

Apesar de todas as conquistas que obtivemos as questões de especialidades médicas ainda é um desafio para nós gestores. Primeiro pelo preço dos procedimentos pagos pela tabela do SUS, necessitando do complemento pagos pelo município. A outra dificuldade está relacionada à falta de médico com a formação específica na saúde da família. Em Pirapora temos médicos com outras especialidades que usam a saúde da família para adquirir experiência, mas acaba não ficando muito tempo. Isso é um dos principais problemas, pois, rompe o seguimento e vínculo existente entre o profissional médico e a comunidade atendida (sic).

Essa questão ainda traz transtornos e preocupações aos coordenadores da Estratégia na cidade. Sabemos que para um profissional da equipe conhecer e compreender os principais problemas existentes na área adscrita sobre a sua responsabilidade leva um determinado tempo. Como os profissionais médicos que atuam em Pirapora não têm esse vínculo afetivo com a população devido à rotatividade existente, com a sua saída, acaba rompendo todo um processo de trabalho que estava sendo desenvolvido com a comunidade. O Secretário Adjunto, menciona ainda que:

Por Pirapora ser uma cidade do interior os profissionais que tem uma especialidade importante como neurologia, psiquiatria e diversas outras especialidades, eles buscam os grandes centros pelo fato de ter uma maior concentração de pessoas e renda, acaba que os municípios menores não estão entre as prioridades desses profissionais (sic).

Outra questão também mencionada pelo secretário adjunto como um obstáculo da estratégia na cidade está na pouca credibilidade por parte de alguns usuários, pois, a cultura de consultar por especialista ainda é muito “forte” na vida das pessoas. O alto custo da manutenção dos equipamentos e a limitada oferta deste pelas unidades de saúde também prejudica o crescimento da estratégia no município como menciona o secretário adjunto:

Quando estraga um aparelho na unidade, os atendimentos a população ficam prejudicados, já que, os pacientes não podem ser atendidos em outras unidades (sic).

O financiamento das ações e dos serviços de saúde é um problema de extrema gravidade e que tem limitado de alguma forma a expansão da ESF. Embora, possamos perceber o quanto a cidade de Pirapora tem conquistado em relação às estruturas físicas, econômicas e, sobretudo, com políticas voltadas para o setor da saúde pública.

Por meio da tabela 3, verificamos que entre 2006 e 2009 houve aumento de recursos para os diversos indicadores, mas as transferências do SUS, repassadas pelo Governo Federal tiveram margens de crescimento menores.

Rosa e Coelho (2011, p. 1864) destacam que muitas dificuldades de consolidação da ESF em diversos municípios brasileiros decorrem de questões ligadas ao subfinanciamento da saúde “mantido historicamente camuflado sob uma pretensa racionalização/modernização do velho modelo de gestão, apenas para transformá-lo”.

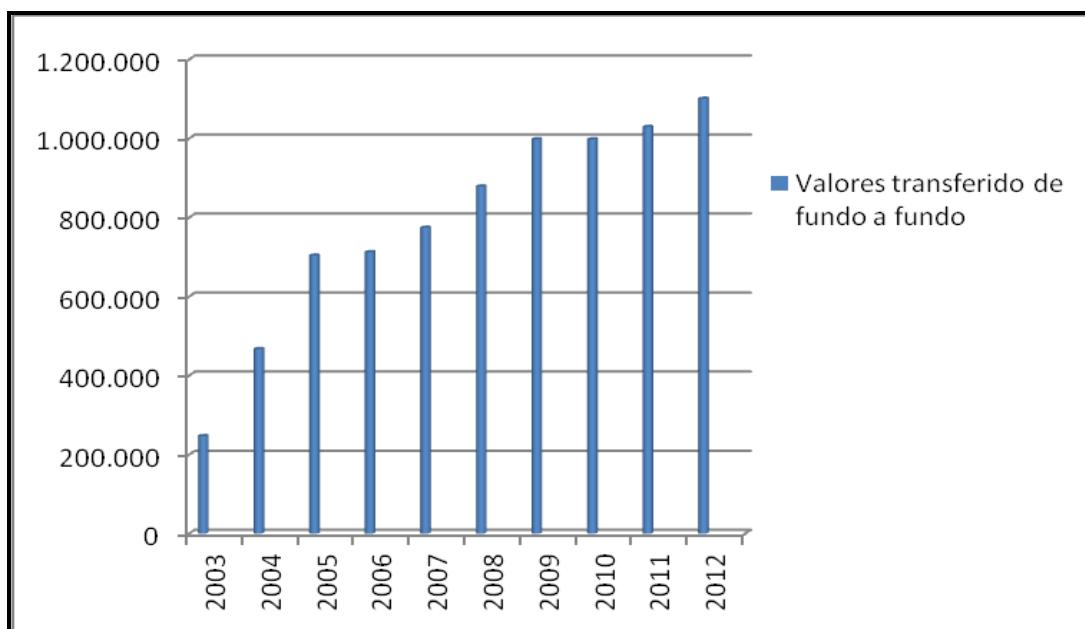
Tabela 3: Pirapora: Alguns indicadores do financiamento da saúde – 2006/2009

Indicadores	2006	2007	2008	2009
Despesa total com saúde por habitante (R\$)	189,93	274,02	293,80	319,25
Despesa com recurso próprio por habitante (R\$)	111,79	150,01	160,39	189,37
Transferências SUS por habitante	88,30	103,95	129,84	129,87
Despesa total com saúde (R\$)	10.107.676,34	14.149.073,44	15.698.718,71	17.146.374,79
Despesa com recursos próprios (R\$)	5.949.190,88	7.746.150,50	8.570.328,14	10.170.716,24
Transferências SUS	4.699.143,97	5.367.330,66	6.937.689,76	6.974.837,43

Fonte: SIOPS. Situação da base de dados nacional em 24/05/2010. Org.: COSTA, V. A., 2013.

Já as transferências de recursos repassados fundo a fundo para a ESF no município de Pirapora entre 2003 e 2012 tiveram um aumento significativo (gráfico 2). Embora, tenha aumentado o repasse financeiro para a ESF, ainda assim, não foi possível cobrir todos os gastos necessários para o atendimento da população adscrita no município.

Gráfico 2: Pirapora: Valores de transferência de fundo a fundo para a ESF



Fonte: FMS/MS, 2013. Org.: COSTA, V. A., 2013.

O gráfico 2 pontua alguns valores significativos de repasse financeiro para a ESF em Pirapora. Em 2003 foram repassados duzentos e quarenta e seis mil e novecentos e oitenta reais, já em 2012, o valor foi estimado de um milhão e cento e um mil e cem reais.

Observa-se também que a partir do crescimento e abrangência da ESF no município, o valor transferido fundo a fundo também foi aumentando. Isto serve como estímulo para as prefeituras e para os secretários de saúde aumentarem cada vez mais a população coberta pelo programa.

Outro fator também mencionado pelo profissional da ESF de Pirapora como um empecilho para o desenvolvimento da ESF é o atendimento da população e a superlotação das unidades, como ressalta um entrevistado⁹:

Na minha unidade, por ser um bairro mais humilde, pessoas envolvidas com drogas, crianças e menores se prostituindo. Além de quantidade excessiva de população, eu não tenho todo mundo cadastrado, porque já passou o número que eu posso cadastrar, mesmo assim, atendemos todos os pacientes que procuram a unidade. Quem não é cadastrado e mora no bairro eu atendo, ainda assim, tem atendimento residencial, as agentes sabem quem precisa e quem não precisa.

⁹ Entrevista com um enfermeiro chefe de uma das unidades da ESF de Pirapora.

Sabemos também que a formação profissional dos integrantes das unidades da ESF é de suma importância para o desenvolvimento do trabalho, visto que a ESF vai além do resolver problemas de saúde, mas, sobretudo, levar qualidade de vida para a população adscrita. Desta forma, percebemos o quanto é importante uma formação adequada e de qualidade para os profissionais da saúde, em especial os profissionais da ESF.

No trabalho do ACS, ao realizar suas ações em seu cotidiano de trabalho, ainda há sérias situações para as quais a área da saúde ainda não desenvolveu um saber sistematizado e instrumento de trabalho adequado para a compreensão do indivíduo em seus territórios de vivências. Territórios que vão além de suas residências, abrangendo, sobretudo, suas relações cotidianas.

Diante disso, os profissionais tende a priorizar a resolutividade dos fatos, isto é, focar no problema, na doença. Deixando a desejar quanto real objetivo da Equipe Saúde da Família, que é promover a saúde a partir do diálogo e do ensinamento (SILVA, 2001). Embora o município esteja evoluindo quanto a esse requisito, ainda assim, é um dos principais desafios a serem superados pela ESF.

Perante estas questões, é necessário compreender o quanto a ESF se tornou relevante para a rede de atenção continuada à saúde. Sobre este viés Mendes (2007) afirma que:

A atenção primária à saúde deve cumprir, nas redes de atenção à saúde, três funções: a função de resolução, a função de coordenação e a função de responsabilização. A função de resolução, intrínseca à sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde, consiste em solucionar a grande maioria dos problemas de saúde; a função de coordenação, relacionada ao desempenho do papel de centro de comunicação, consiste em organizar os fluxos e contra -fluxos das pessoas e coisas pelos diversos pontos de atenção à saúde da rede; e a função de responsabilização consiste em co-responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção em que estejam sendo atendidos (MENDES, 2007, p. 39).

Para a melhor compreensão desta temática, desenvolvemos no capítulo seguinte o papel da ESF nas redes de atenção a saúde, assim como a sua importância para a atenção continuada à saúde da população.

PIRAPORA E AS REDES DE ATENÇÃO Á SAÚDE

As redes unificam territórios, hierarquizam fronteiras e criam espaços saudáveis (CHRISTOVAM BARCELLOS).

As redes de atenção à saúde (RAS) se caracterizam por apresentarem arranjos que contribuem para a atenção continuada das necessidades de serviços de saúde integral e de qualidade a população assistida. Pensar na atenção primária como fator primordial para a continuidade da rede na atenção à saúde se torna importante para a discussão dos problemas de saúde que necessitam de um cuidado maior. Por exemplo, os casos de pacientes com problemas crônicos de saúde. Estes casos não podem simplesmente serem resolvidos por um sistema de saúde fragmentado por meios de equipamentos de pronto atendimento ambulatorial e hospitalar apenas, mas, sobretudo, por ações de cuidado, acompanhamento e continuidade no atendimento a saúde prestada a população.

Uma rede de atenção à saúde bem organizada é capaz de modificar “a forma e o conteúdo do espaço/território. Uma vez que muda o conteúdo, muda com ele a história, e ao mudar a história muda com ele tudo que produz” (MOREIRA, 2006, p.159). E essas modificações geram novas formas de organização da saúde no território e consequentemente contribuem na melhoria dos atendimentos e à qualidade de vida da população.

A atenção primária à saúde deve ser a porta de entrada do cidadão ao sistema de saúde. É através dela, nas UBS, que os indivíduos passam a ter acesso à rede integrada de saúde. Pensar esta questão quando se refere à rede integrada de saúde no município de Pirapora, requer um olhar mais detalhado, visto que a atenção primária no município se dá através da ESF e nem toda a população é contemplada ou coberta pelo programa. Dessa forma, cabe questionar: como a população que não está adscrita no território da ESF faz para participar desses atendimentos que vão desde a atenção primária nas unidades de saúde, aos serviços especializados em hospitais e clínicas? Será que esta rede de serviços de saúde em Pirapora é funcional e satisfaz as necessidades de saúde da população? Ao questionar esses pontos , a gestão

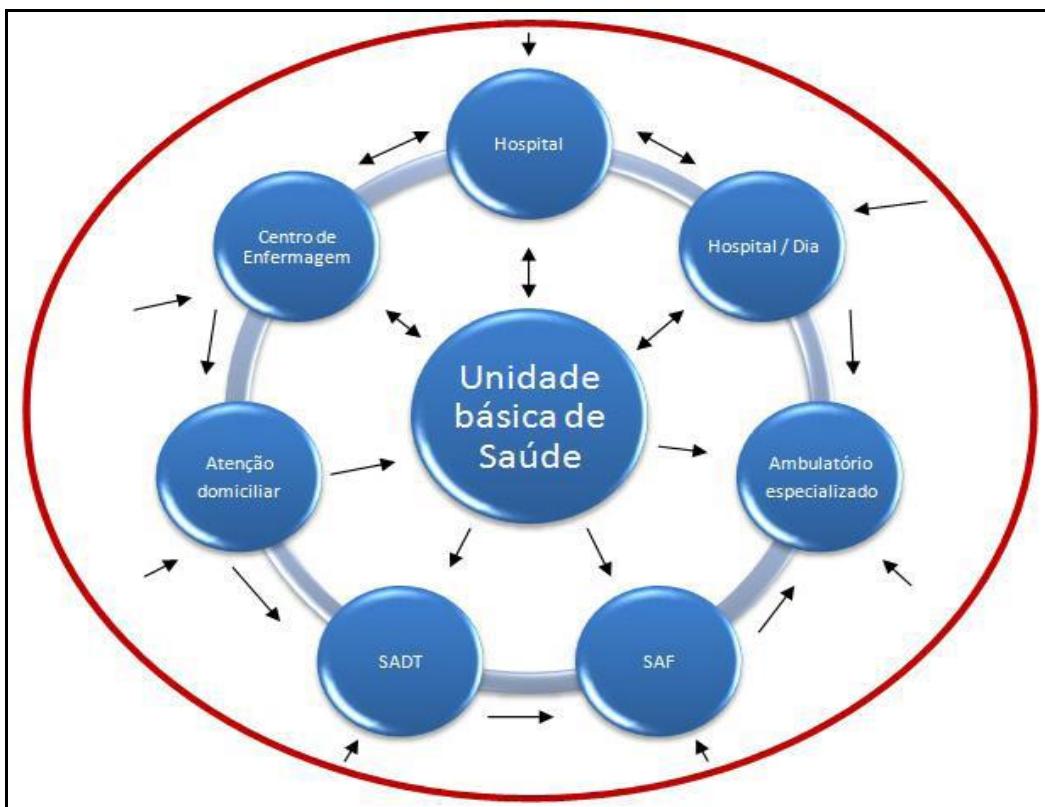
atual (2012), afirma que praticamente toda a população coberta pela ESF recebe atendimento integrado à saúde, seja adscrito ao programa ou não.

As redes de atenção à saúde caracterizam-se por manterem relações horizontais entre os pontos de atenção e a APS; pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população; pela responsabilização na atenção contínua e integral; pelo cuidado multiprofissional; pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Starfield (2002), mensura também a importância das redes de atenção à saúde para o atendimento contínuo a saúde da população.

Os cuidados não podem, nem devem, estar limitados ao momento da consulta, nem confinados às quatro paredes de um consultório. A orientação para impactos mensuráveis exige uma abordagem consistente e coerente da gestão do problema do doente, até que ele esteja resolvido ou o risco tenha desaparecido. A continuidade dos cuidados depende da capacidade de assegurar a continuidade da informação (Starfield, 2002, p.5).

A figura 2 representa a continuidade do atendimento na rede de atenção primária à saúde, modelo este que é seguido pela atenção à saúde no município de Pirapora. Os usuários dão entrada ao atendimento nas unidades de saúde da qual está adscrito. A partir do diagnóstico, dependendo do caso que foi diagnosticado o paciente é encaminhado para o Centro Viva Vida, Hiperdia Minas, hospital Municipal Dr. Moises Magalhães Freire ou para hospitais de Montes Claros quando se necessitar de atendimento especializado.

Figura 2: Unidades da gestão da saúde da atenção primária.



Fonte: MAGALHÃES, 2013.

A figura 2 representa a interligação existente entre a atenção básica e os níveis superiores de atenção à saúde. Isto é, a partir dos atendimentos a nível primário que são realizados nas unidades de saúde, o indivíduo é encaminhado para atendimentos especializados, caso haja a necessidade. Em Pirapora, a atenção primária à saúde através da ESF tem operado de forma a contribuir para o atendimento primário à saúde, e, sobretudo, tem contribuído para dar continuidade aos cuidados em saúde caso o paciente necessite de encaminhamentos a outros centros de atenção secundário ou terciário.

A atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde (STARFIELD, 2002, p.7).

Neste sentido, se torna importante o processo de regionalização da saúde para o contínuo atendimento a saúde da população.

4.1 - Pirapora e o processo de regionalização da saúde

O processo de regionalização das ações em saúde tem como requisito primordial oferecer à população localizada em áreas geográficas previamente delimitadas e definidas, um atendimento integral em todos os níveis de atenção do sistema, isto é, atendimento a nível primário, secundário e terciário. Esses são realizados através de um polo assistencial articulado à rede de serviços de saúde entre municípios polos e suas hinterlândias. Desta forma, o município passa a ser o principal responsável pelo atendimento à saúde de sua população (GONDIM et al., 2008, p.4).

Para que haja um funcionamento da regionalização e descentralização em saúde, é necessária uma rede de atenção à saúde organizada, capaz de atender a população em todos os seguimentos, se assim for necessário. Para isso, conforme é destacado em Brasil (2010), sugere três elementos constitutivos essenciais: população/região de saúde definida, estrutura operacional e um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde.

Assim sendo, as RAS devem ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade. Por isso, deve ser bem definida, apresentando parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável (BRASIL, 2010). As RAS são constituídas pela: Atenção Primária a Saúde – APS – Centro de comunicação; ponto de atenção secundária e terciária; sistema de apoio; sistemas logísticos e o sistema de governança.

A APS e o centro de comunicação exercem um papel fundamental e estruturador nas RAS, pois, esta possibilita o primeiro contato com as famílias, indivíduos e a comunidade. Através da APS é possível compreender o processo de crescimento e mudanças de vida de um indivíduo ou grupo no

decorrer do ano. Brasil (2010) apresenta ainda que devido ao acompanhamento das famílias pelos funcionários da APS, é possível constituir:

Uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários em unidades de saúde, independente do problema de saúde ou até mesmo da existência de algum problema. Está associado a diversos benefícios: menor utilização dos serviços; melhor atenção preventiva; atenção mais oportuna e adequada; menos doenças previníveis; melhor reconhecimento dos problemas dos usuários; menos hospitalizações; custos totais mais baixos. Os maiores benefícios estão relacionados ao vínculo com o profissional ou equipe de saúde e ao manejo clínico adequado dos problemas de saúde (Brasil, 2010, p.21).

A centralidade na família requer mudanças na prática das equipes de saúde, através da abordagem familiar¹⁰. Quanto aos pontos de atenção secundários e terciários, somente a APS não consegue resolver todas as necessidades de cuidado em saúde da população. Assim é necessário um apoio complementar de atenção em diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas (ambulatorial e hospitalar).

Quanto ao sistema de apoio, sistemas logísticos e o sistema de governança, estes são fatores essenciais para o funcionamento da APS, pois, possibilitam a organização dos recursos práticos, burocráticos e tecnológicos para o pleno funcionamento da RAS.

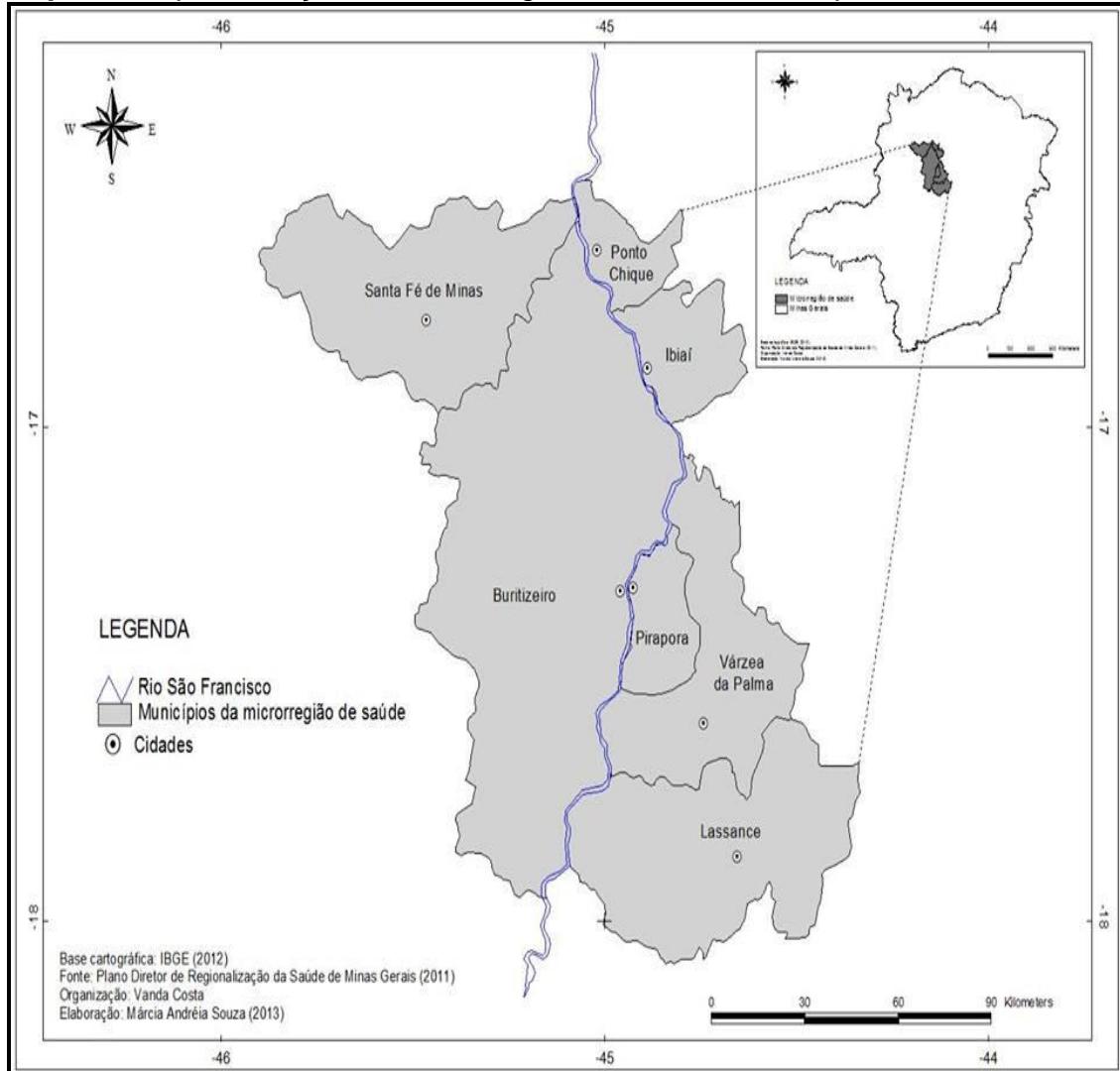
O município polo da macro ou micro região de saúde, está ancorado no contexto da RAS como um sistema de apoio, ou seja, são lugares institucionais das redes onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção a saúde. São constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outras); pelo sistema de assistência farmacêutica que envolve a organização dessa assistência em todas as suas etapas, isto é, na seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispersão e promoção do uso racional de medicamentos; e pelos sistemas de informação em saúde.

¹⁰ A abordagem familiar deve ser empregada em vários momentos, como por exemplo, na realização do cadastro das famílias, quando das mudanças de fase do ciclo de vida das famílias, do surgimento de doenças crônicas ou agudas de maior impacto. Estas situações permitem que a equipe estabeleça um vínculo com o usuário e sua família de forma natural, facilitando a aceitação quanto à investigação e intervenção quando necessário (BRASIL, 2010, p. 23).

Em Pirapora, município considerado polo da microrregião de saúde, presta assistência à saúde da população do próprio município e de mais sete municípios da sua microrregião. Tais como, Buritizeiro, Ibiaí, Lassance, Ponto Chique, Santa Fé de Minas e Várzea da Palma, como mostra o Mapa 4.

A reestruturação das ações e serviços em saúde do Município de Pirapora teve como base o plano diretor de regionalização da saúde do estado de Minas Gerais (MALACHIAS; LELES e PINTO, 2011, p.14 apud MAGALHÃES, 2013, p.117). Foi elaborado levando em consideração “[...] a lógica da população e de seus fluxos em busca de atenção a saúde nos princípios básicos das redes de atenção a saúde”.

Mapa 4 - Espacialização da Microrregião de Saúde de Pirapora - MG



Fonte: Plano Diretor de Regionalização, 2011. Org: COSTA, V. A., 2013.

O plano diretor mencionado busca melhorar e atender as propostas de atenção à saúde de Pirapora e microrregião através das ações e serviços ministrados pelas Gerências Regionais¹¹. Este tem como prioridades quatro redes fundamentais para o fortalecimento da atenção primária à saúde. São elas:

I - Rede Hiperdia de atenção às doenças cardiovasculares e aos diabéticos;

¹¹ O processo de Planejamento Regional, discutido e desenvolvido no conselho da Gerencia Regional deve estabelecer prioridades de intervenção, além de seguir a mesma temática do processo de elaboração do planejamento Municipal/Estadual, considerando os pressuposto e características do Sistema de Planejamento do SUS, no tocante a construção de seus instrumentos básicos. Os planos municipais de saúde do conjunto de municípios da região, e o plano estadual de saúde são subsídios essenciais ao processo de planejamento regional respectivo e são influenciados pelo resultado deste (BRASIL, 2010, p.25 – 26).

*II – **Rede Viva Vida** de atenção integral as mulheres e as crianças;*

*II – **Rede de urgência e emergência;** e*

*IV – **Rede mais Vida** de atenção às pessoas idosas.*

Assim, emergem os conteúdos básicos para a contínua e efetiva rede de atenção a saúde, ou seja, sua operação é estabelecida sem hierarquia, obtendo objetivos e metas comuns a todas as classes sociais, implicando dessa forma em uma contínua atenção em todos os níveis de serviços ofertados. Acredita-se que o município de Pirapora por ter priorizado o desenvolvimento da atenção primária à saúde, focada principalmente na ESF tenha contribuído para o desenvolvimento de uma rede forte e resolutiva.

Com a proposta da municipalização da saúde, os municípios adquiriram mais autonomia para desenvolver programas e projetos em saúde, reforçando dessa forma o poder político e social com a população. Como pode ser visto por (Brasil, 2010):

Estratégia adotada no Brasil que reconhece o município como principal responsável pela saúde de sua população. Municipalizar é transferir para as cidades a responsabilidade e os recursos necessários para exercerem plenamente as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços de saúde prestados em seu território. O princípio da descentralização político-administrativa da saúde foi definido pela Constituição de 1988, preconizando a autonomia dos municípios e a localização dos serviços de saúde na esfera municipal, próximos dos cidadãos e de seus problemas de saúde. O Brasil apresenta grandes diversidades econômico-sociais, climáticas e culturais que tornam a descentralização administrativa fundamental: ela possibilita que os municípios assumam a gestão da saúde em seus territórios de acordo com as necessidades e características de suas populações. Estimula na esfera municipal novas competências e capacidades político institucionais. Os estados e a União devem contribuir para a descentralização do SUS, fornecendo cooperação técnica e financeira para o processo de municipalização (BRASIL, 2010, p.48).

Gondim, et al. (2008), afirma também que na perspectiva de aproximação da ação político assistencial no processo da territorialização, o município se tornou o principal órgão responsável pelas ações e serviços de saúde da população, dando dessa forma prioridades de intervenção baseada nas necessidades de saúde da região e com foco na garantia da integralidade

da atenção, buscando a maximização dos recursos disponíveis (BRASIL, 2010). Desta forma, os municípios tiveram mais oportunidades de ampliar os quadros de profissionais da saúde e consequentemente ampliar os atendimentos prestado à população.

A tabela 4 mostra os profissionais que atuou no município de Pirapora no ano de 2009, profissionais que prestam serviços na rede pública e privada de saúde. Os profissionais que não atendem pelo SUS, atendem em clínicas particulares ou pelo convênio.

Segundo a tabela 4, a maioria dos profissionais da saúde existentes no município de Pirapora trabalham na rede pública de saúde, ou seja, dos 479 profissionais, somente 64 não atendem pelo SUS. A tabela mostra ainda que, o menor número de profissionais da saúde existentes no município de Pirapora e que atendem pelo SUS estão entre os Assistentes sociais (4), Psiquiatras (4), Nutricionistas (3), Fonoaudiólogos (3) e Radiologistas com apenas 2 profissionais. A tabela revelou ainda que na rede privada de saúde de Pirapora, faltam alguns profissionais, tais como, Assistentes sociais, Farmacêuticos, Fonoaudiólogos e Psiquiatras.

Tabela 4: Pirapora: Recursos humanos segundo a categoria selecionada em 2009.

Categoria	Total	Atende ao SUS	Não atende ao SUS	Profissionais SUS/1.000 hab
Anestesista	9	8	1	0,1
Cirurgião Geral	12	9	3	0,3
Ginecologista Obstetra	33	30	3	0,6
Médico de Família	14	13	1	0,2
Pediatra	15	11	4	0,2
Psiquiatra	4	4	-	0,1
Radiologista	4	2	2	0,0
Cirurgião Dentista	29	20	9	0,4

Enfermeiro	30	29	1	0,5
Fisioterapeuta	15	10	5	0,2
Fonoaudiólogo	3	3	-	0,1
Nutricionista	4	3	1	0,1
Farmacêutico	15	15	-	0,3
Assistente social	4	4	-	0,1
Psicólogo	10	9	1	0,2
Auxiliar de Enfermagem	86	84	2	1,6
Técnico de Enfermagem	39	37	2	0,7

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

Org.: COSTA, V. A., 2013.

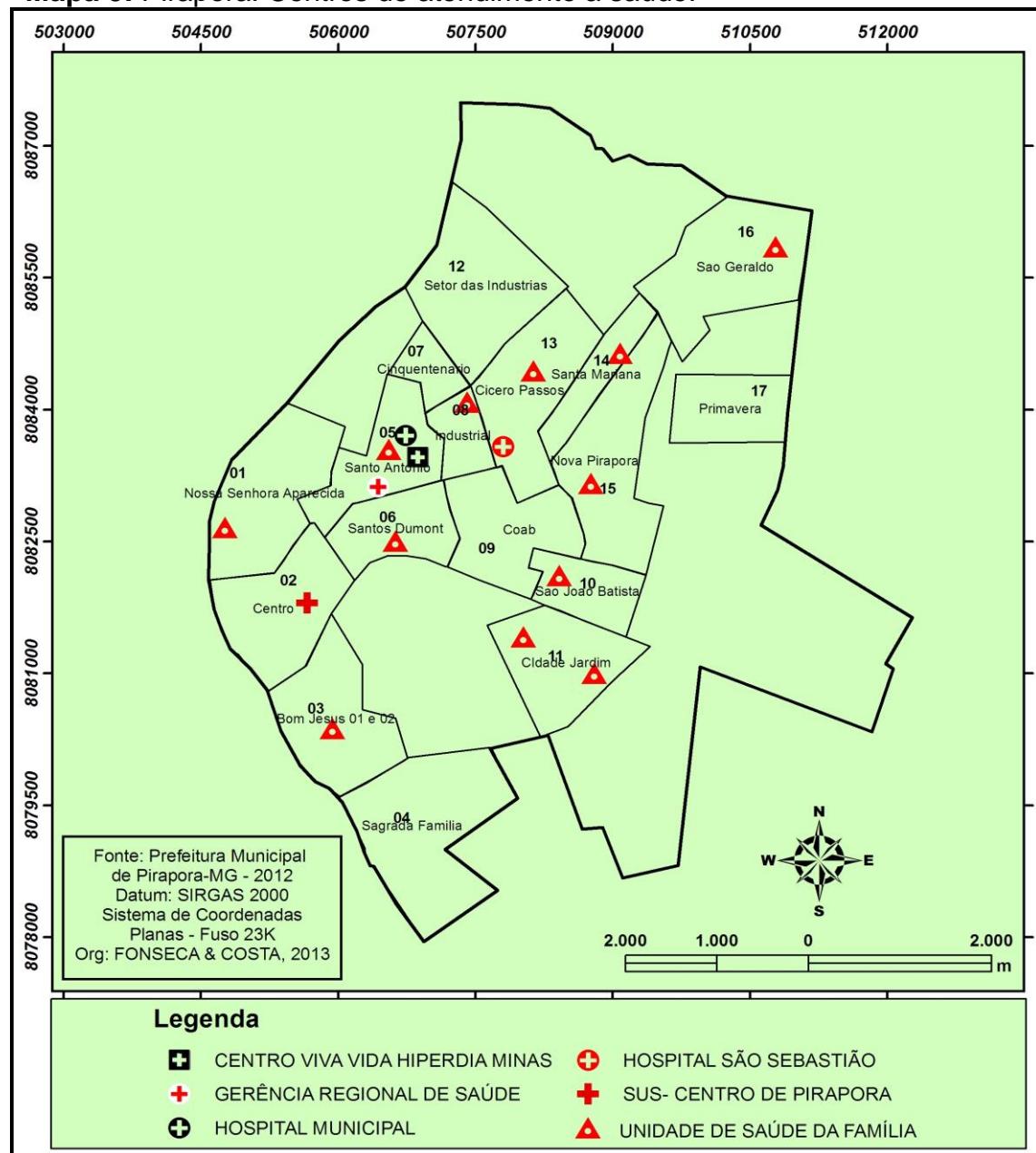
Entre as 18 especialidades de profissionais em saúde que atendem pelo SUS no município de Pirapora, 8 são Anestesistas, 9 Cirurgiões Geral, 30 Ginecologista Obstetra, 13 Médicos de Família, 11 Pediatras, 4 Psiquiatras, 2 Radiologistas, 20 Cirurgiões Dentista, 29 Enfermeiros, 10 Fisioterapeutas, 3 Fonoaudiólogos, 3 Nutricionistas, 15 Farmacêuticos, 4 Assistentes sociais, 9 Psicólogos, 84 Auxiliares de Enfermagem e 37 Técnicos de Enfermagem. E estes profissionais estavam distribuídos nos centros e unidades de atendimento à saúde representada pelo mapa 5.

No mapa não estão localizadas as farmácias, todavia não foi possível localizar todas, devido à viabilidade de tempo. No entanto, a maioria delas estão concentradas nas proximidades dos hospitais e Centro Viva Vida e Hiperdia Minas e na área central da cidade de Pirapora.

O mapa 5 apresenta a localização dos centros de atendimento a saúde de Pirapora, de acordo com os bairros. No bairro Santo Antônio há uma maior concentração dos centros de saúde, concentrando a Gerência Regional de Saúde (GRS), o Hospital Municipal Dr. Moisés Magalhães Freire e o Centro Viva Vida e Hiperdia Minas. Também, se localizam neste bairro algumas farmácias, como a Drogaria Cristina, Drogaria Lurdes e diversas outras que não estão especificadas no mapa. No centro da cidade de Pirapora está localizada o SUS. Nesta unidade, os profissionais da saúde planejam ações de prevenção e promoção a saúde em Pirapora. A Secretaria de Saúde de

Pirapora, através da vigilância da epidemiologia realiza projetos de combate à dengue, Leishmaniose Visceral e tegumentar, além de outras doenças que envolvem a prevenção e os cuidados com os indivíduos. Nesta unidade também ficam armazenados os medicamentos, vacinas, curativos e diversos outros, para o repasse para as Unidades de Saúde da Família, para o Centro Viva Vida e Hiperdia Minas quando solicitado pelos profissionais.

Mapa 5: Pirapora: Centros de atendimento a saúde.



Fonte: Prefeitura Municipal de Pirapora (2012). Org; FONSECA & COSTA (2013)

A Gerência Regional de Saúde de Pirapora (GRS), fundada em 2003, funciona na atualidade (2013) com 67 funcionários, é responsável por trabalhar e articular políticas públicas de sete municípios: Pirapora (polo), Buritizeiro, Várzea da Palma, Santa Fé, Lassance, Ibiaí e Ponto Chique. Também é função da GRS de Pirapora acompanhar e orientar os serviços de saúde no município (SECRETÁRIA DO ESTADO DE MG, 2011).

No bairro Cícero Passos localiza-se o Hospital São Sebastião (hospital privado) que atende somente pessoas conveniadas ou particulares. Também são representadas no mapa as Unidades de Saúde da Família distribuídas que estão distribuídas em 11 bairros (São Geraldo, Nossa Senhora Aparecida, São João batista, Industrial, Cidade Jardim, Nova Pirapora, Santo Antônio, Santos Dumont, Cícero Passos, Bom Jesus e Santa Mariana).

Através do processo de regionalização em saúde, Pirapora pôde ampliar as estruturas físicas, os equipamentos em saúde e consequentemente seus profissionais. Isso contribuiu para o seu processo de municipalização.

4.2 - Pirapora e o processo de Municipalização

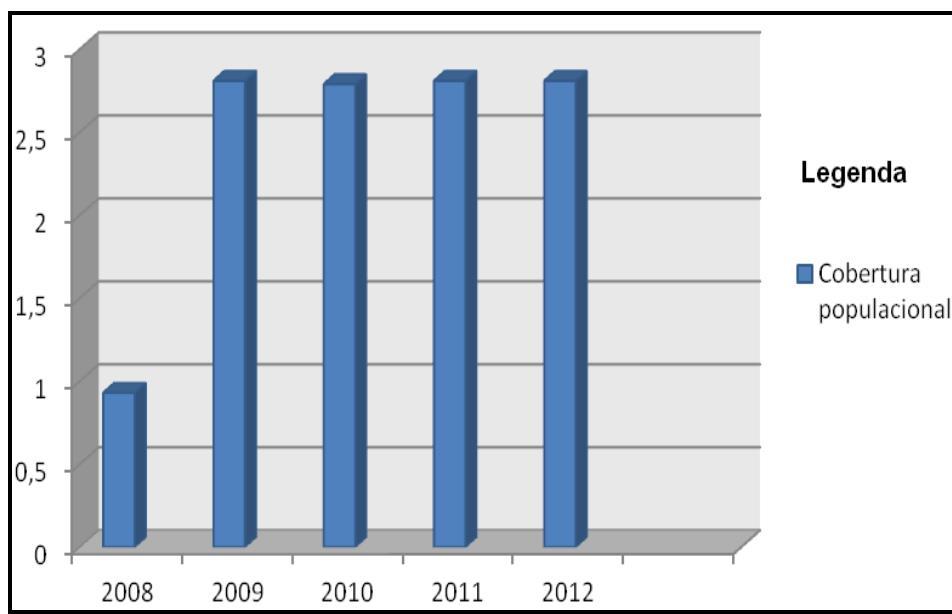
Para o bom funcionamento da assistência a saúde desenvolvida pelo processo de Municipalização e regionalização, foi determinada pelo Ministério da Saúde alguns requisitos importantes, tais como, para os municípios da microrregião que aderirem a Comissão Intergestora Regionais (CIR), como no caso do município de Pirapora, estes devem necessariamente conter uma Rede Cegonha, Rede Psicossocial, Rede de Atendimento ao Câncer de Colo de Útero e de Mama e a Rede de Urgência e Emergência. Estas redes são:

A **Rede Cegonha**, que tem como responsabilidade atender as gestantes desde seus primeiros meses de gravidez até a criança completar dois anos de idade, garantindo desta forma, qualidade na assistência independente da quantidade de consultas realizadas.

A **Rede Psicossocial**, mostra uma nova forma no atendimento psicossocial da população, pois, ela não vem com intuito de discutir se o município tem um hospital adequado, ou uma CAPS, ou unidade de acolhimento, mas, sobretudo, "olhar" para o município e entender o que o

mesmo necessita para atender essa população. O gráfico 3 mostra a cobertura populacional da rede Psicossocial em valores absolutos em Pirapora entre os anos de 2008 a 2012.

Gráfico 3: cobertura populacional da rede Psicossocial em Pirapora entre os anos de 2008 a 2012.

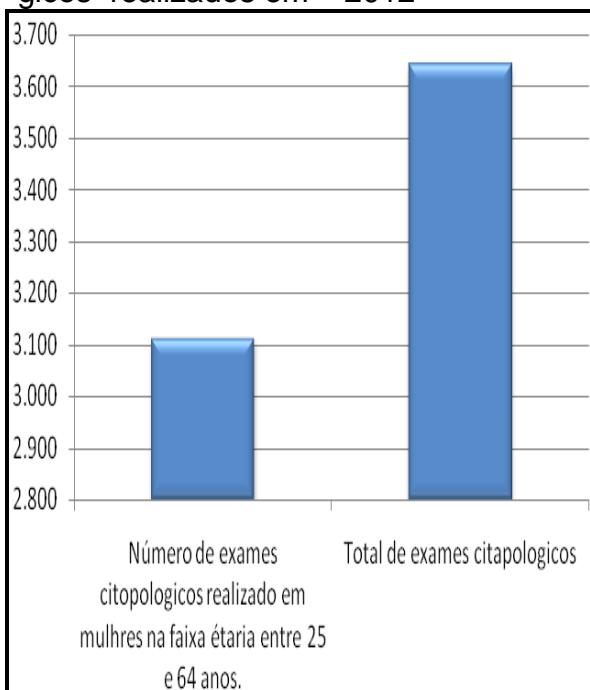


Fonte: DAPE/SAS/MS, 2013. Org: COSTA, V. A., 2013.

A **Rede de Atendimento ao Câncer de Colo de Útero e de Mama**, que exige atendimento mais especializado por apresentar um grau maior de complexidade. Para os municípios pactuados no Centro de Informação e Recursos, o Ministério da Saúde estabeleceu uma meta para o final do quadriênio de implantação da rede com uma cobertura de 100%. Com o cumprimento da meta, o município receberá um repasse maior nas verbas, caso contrário, será punido rigorosamente e despactuado a CIR.

O Município de Pirapora aderiu ao CIR no início de 2011. No seu segundo ano de funcionamento (2012), realizou três mil e seiscentos e onze exames citopatológicos em valores absolutos realizado em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos como mostra o gráfico 4.

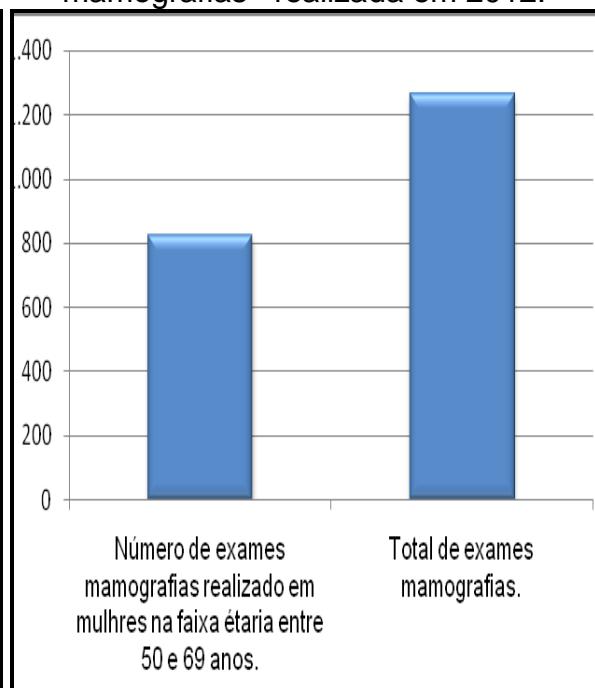
Gráfico 4: Pirapora: Exames Cipatoló-
gicos realizados em 2012



Fonte: SIH/SAS/MS, (2013).

Org: COSTA, V. A., 2013.

Gráfico 5: Pirapora: Exames de mamografias realizada em 2012.



Fonte: SIH/SAS/MS, (2013).

Org: COSTA, V. A., 2013.

O Gráfico 5, mostra também o total de exames de mamografias realizadas em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos em 2012. Foram realizados oitocentos e vinte e três exames na faixa etária analisada, totalizando todos os exames de mamografias em valores absoluto realizado em 2012 de mil e duzentos e sessenta e três exames.

A **Rede de Urgência e Emergência** é importante para o atendimento da população na demanda espontânea. Todavia, muitos profissionais confundem essas duas variáveis fazendo diagnósticos rápidos e equivocados sobre a real situação em saúde vivida pelo paciente na hora de realizar o procedimento de triagem.

Pirapora, como em toda a mesorregião do Norte de Minas, foi escolhida para dar início à implantação da rede de Urgência e Emergência em Minas Gerais. Acreditamos que esta escolha tenha sido motivada por interesses políticos, pois, o prefeito da época (2011), tinha interesse em se candidatar para Deputado Federal. Acreditamos que isso tenha contribuído para que ele conseguisse a aprovação de Pirapora como o município a dar início à rede de urgência e emergência. Para sua implantação utilizou-se como modelo o

protocolo de Manchester¹² criado em 1997, método este apontado como poderoso articulador nas redes de Urgência e Emergência (MAGALHÃES, 2013).

Este modelo de atenção à saúde tem como principal objetivo estabelecer tempo para o atendimento médico ao paciente de demanda espontânea nos centros de saúde. Inicialmente, o paciente passa pela triagem para depois determinar as medidas cabíveis, seguindo o cronograma de tempo de espera dependendo da gravidade do caso como mostra o quadro 2.

Para o modelo proposto, o enfermeiro tem sido o profissional indicado para avaliar e classificar o risco do paciente que procura o atendimento de urgência, segundo o parecer técnico nº10 de 22 de fevereiro de 2007 (MINAS GERAIS, 2007). Estes tipos de atendimento podem apresentar falhas por não haver a necessidade de um diagnóstico ou simplesmente uma análise detalhada aos pacientes por profissionais médicos especialistas.

Quadro 2: Simbologia de cores – Urgência e Emergência

	Vermelho	Emergência	0 minuto
	Laranja	Muito urgente	10 minutos
	Amarelo	Urgente	60 minutos
	Verde	Pouco Urgente	120 minutos
	Azul	Não Urgente	240 minutos

Fonte: Magalhães, 2013.

A classificação de risco terá como determinante os sintomas apresentados pelo indivíduo que após o diagnóstico será conduzido ao ponto ideal na rede e no tempo ideal de atendimento. No modelo anterior, o paciente seria conduzido ao hospital mais próximo e seria atendido por ordem de chegada. O quadro 3 apresenta os determinantes gerais do Protocolo de Manchester que leva em consideração o estado de saúde do paciente após a triagem.

¹² O Sistema de Triagem de Manchester (STM) trata-se de uma medida adotada pelo Ministério da Saúde no ano 1997, para a Reestruturação dos Serviços de Urgência (RSU). Atualmente, o STM enquadra-se num contexto mais amplo, denominado Requalificação das Urgências do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (DIOGO, 2007, p.3).

Quadro 3: Fluxograma de sinais e sintomas do Protocolo de Manchester.

Sinais e sintomas	
Obstrução de vias aéreas	Vermelho
Respiração inadequada	Vermelho
Hemorragia exanguinante	Vermelho
Choque	Vermelho
Convulsionando	Vermelho
Criança irresponsiva	Vermelho
Dor intensa	Laranja
Hemorragia maior incontrolável	Laranja
Alteração da consciência	Laranja
Criança febril	Laranja
Hipotermia	Laranja
Dor moderada	Amarelo
Hemorragia menor incontrolável	Amarelo
História de inconsciência	Amarelo
Adulto Febril	Amarelo
Dor leve recente	Verde
Febre baixa	Verde
Evento recente	Verde
*	Azul

Fonte: Magalhães, 2012. Org: COSTA, V. A., 2013.

O programa apontado ainda está muito recente em Pirapora, mesmo assim, os resultados obtidos já são considerados um avanço na saúde da população do município e Microrregião¹³. Consta no documento "O Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais" (2009, p.107-108), que "o projeto de Rede de Urgência e Emergência, após um ano de execução, atingiu 90% dos marcos estabelecidos para o projeto" que envolveu, sobretudo, na cidade de Pirapora a:

- I – Adoção da Classificação de risco do protocolo de Manchester nos pontos de atendimento a saúde com profissionais capacitados;
- II – Adoção de uma nova tipologia hospitalar, com configuração mínima e investimento do Estado e Ministério em equipamentos, construção/adequação de áreas;
- III – Construção de 10 novos leitos de terapia intensiva;
- IV – Regionalização do Serviço de atendimento Móvel de Urgência – SAMU;
- V – Disponibilidade, por parte da SES/MG, de recurso de confinamento do custeio dos hospitais de referência ao atendimento de Urgência para

¹³ Este parágrafo foi baseado na fala do secretário adjunto da ESF (Sr. Valdsom Resende).

manutenção de equipe mínima de acordo com a tipologia hospitalar, regulada 24 horas/dias.

Em novembro de 2012, Pirapora sediou o primeiro Simpósio da Rede de Urgência e Emergência no Norte de Minas, onde foram comemorados três anos de sua criação. Durante o simpósio, vários especialistas, discutiram a importância da rede de Urgência e Emergência no Norte de Minas para a continuação dos serviços e da atenção a saúde da população. Dentre os especialistas, compareceram o Secretário Estadual de Saúde, Técnicos do Ministério da Saúde e representantes do Sistema de Atenção Móvel de Urgência (SAMU).

O Hospital Dr. Moisés Magalhães Freire é importante para a atenção continuada em saúde no Município de Pirapora. Os exames mais especializados que os pacientes das unidades de saúde necessitam são realizados neste hospital. A coordenadora do centro de atenção secundária – Viva Vida, não soube informar a quantidade de exames que são encaminhados para o laboratório de análise do hospital, mas, que seria um valor aproximado de 180 a 200 exames mensais. O Hospital também recebe algumas internações de pacientes encaminhados da ESF, mas isso acontece com menor freqüência, uma vez que o centro de atenção secundária também disponibiliza leitos para internações de pacientes com casos menos grave em saúde¹⁴. Desta forma, o hospital Dr. Magalhães Freire contribuiu para a continuidade dos atendimentos realizados nas unidades de saúde e também para atender as necessidades em saúde da população da microrregião.

O hospital Dr. Moisés Magalhães Freire atende toda a microrregião do Norte de Minas, com toda uma infraestrutura de um centro acolhedor de média e alta complexidade laboratorial. O hospital apresenta amplas salas de acolhimento (fotos 10 e 11) e infraestrutura adequada para prestar atendimento de qualidade a população de Pirapora e microrregião.

O hospital Dr. Moisés Magalhães Freire, está certificado como entidade benficiante de assistência social na área da saúde, como tal presta serviços ao Sistema Único de Saúde – SUS. Por ser referência técnica de média e alta

¹⁴ Essas informações foram baseadas na fala do secretário adjunto da ESF de Pirapora (Sr. Valdsom Rezende).

complexidade laboratorial, o hospital disponibiliza diversos serviços, entre eles: tomografia, hemodiálise, hemodinâmica, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e UTI neonatal, além de vários outros procedimentos realizados, “tudo isso faz com que instigam os profissionais a interessarem pelos serviços em Pirapora, por apresentar uma rede de serviço em saúde mais encaminhado e organizado”¹⁵.

Fotos 10 e 11: Sala de acolhimento do Hospital Dr. Moises Magalhães Freire em Pirapora.



Autor: COSTA, V. A., 2013.

O referido hospital, presta atendimento a saúde tanto pelo SUS como pela rede privada através de convênios, nele estão disponibilizados cento e quatorze leitos, sendo que trinta e um estão disponíveis para pacientes conveniados. As internações mensais variam de trezentos e setenta e quatro a quatrocentos pacientes mensais.

Tudo isso, nos faz pensar na importância do processo de regionalização da saúde proposto pelo Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais de 2003/2006 (PDR – MG 2003/2006), que subdivide o Estado de Minas Gerais em macrorregiões e microrregiões de saúde, para efeito de planejamento. Este planejamento possibilita construir um sistema mais equitativo e eficiente dentro das possibilidades. Com as redes de saúde interligadas entre atenção primária, secundária e terciária, foi possível dar uma maior tranquilidade aos

¹⁵ Fala do secretário adjunto da ESF de Pirapora (Sr. Valdsom Rezende).

profissionais da saúde no desenvolvimento do seu trabalho e consequentemente possibilitou aos pacientes melhor na qualidade de vida e saúde.

A qualidade de um sistema de saúde depende, dentre outros fatores, do equilíbrio entre as necessidades de cuidados de saúde da população e a oferta de serviços. Desníveis entre necessidade e oferta podem acarretar utilização desnecessária ou demanda reprimida. A prestação de serviços de saúde é composta por atendimentos que são de utilização mais frequente, envolvendo menores custos, bem como de serviços mais complexos, que por envolverem maior tecnologia e menor demanda, estão sujeitos a economias de escala. Outro empreendimento importante para a saúde pública de Pirapora foi inaugurada do Centro Viva Vida e o Centro de Promoção a Saúde em 2011 (fotos 12 e 13).

O centro de referência Viva Vida, Hiperdia Minas e Promoção a Saúde têm como objetivo atuar de maneira integrada a atenção primária e terciária, garantindo assistência integrada à saúde sexual e reprodutiva, de crianças com alto grau de risco, dos hipertensos cardiovasculares e diabéticos com controle metabólico ruim. Atende a população por meio de intervenções capaz de diminuir a morbi - mortalidade (PREFEITURA DE PIRAPORA, 2012). Esses centros apresentam muitas especialidades desde centro de pediatria (foto 14) e fisioterapia (foto 15). Também apresentam diversas outras especialidades como, ultracenografia, ginecologia, cardiotografia, urologia, endocrinologia, neurologia, eletrocardiograma e teste ergométrico.

Foto 12 e 13: Centro de apoio à atenção primária e secundária a saúde de Pirapora.

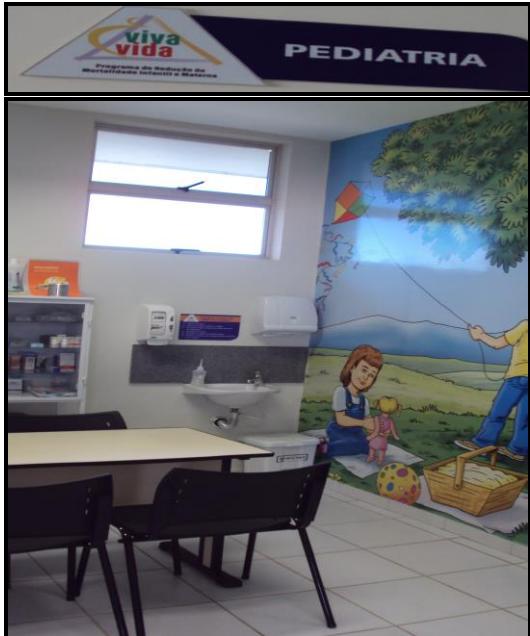


Autor: COSTA, V. A. 2013.

O Centro Viva Vida e Promoção a Saúde atendem somente os pacientes que são encaminhados pelas Unidades de Saúde da Família. Sendo assim, todos os pacientes atendidos, sejam Hipertensas, crianças ou gestantes, devem necessariamente ser encaminhados pelos profissionais de saúde das unidades da ESF. O centro disponibiliza salas de acolhimentos com espaços amplos e bem arejados (fotos 12 e 13), com infraestrutura adequada para um bom atendimento à saúde.

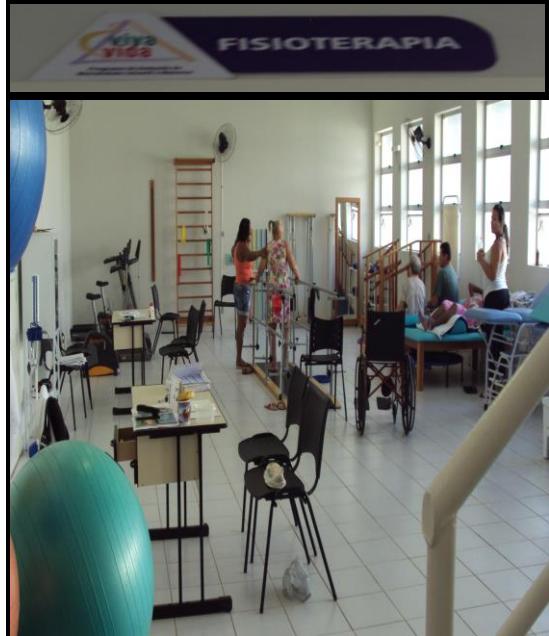
O Centro Viva Vida e o Centro de Promoção a Saúde trabalham juntamente com a ESF no perímetro urbano da cidade, também prestam atendimento à microrregião com realizações de campanhas, oficinas e palestras. Ele consolida-se como um centro de excelência e referência em atenção especializada, realizando diversos procedimentos, possibilitando melhor qualidade de vida para a população do município.

Foto14: Centro de Pediatria.



Autora: COSTA, V.A, 2013.

Foto 15: Centro de Fisioterapia.



Autora: COSTA, V.A, 2013.

Foto 16: Sala de acolhimento do centro Viva Vida em Pirapora.



Autora: COSTA, V. A, 2013.

Foto 17: Sala de acolhimento do centro de Promoção à saúde de Pirapora.



Autora: COSTA, V. A, 2013.

Entre seus principais objetivos estão: (I) reduzir a mortalidade do hipertenso arterial sistêmica, (II) reduzir doenças cardiovasculares, (III) reduzir diabetes mellitus e (IV) doenças renais crônica na população coberta. Além disso, o centro também tem como função prestar assistência especializada aos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e doença renal crônica (BRASIL, 2012).

Esse programa apostava na sistematização de ações e na parceria entre governo e sociedade civil organizada como o principal requisito para diminuir as taxas de mortalidade infantil e materna. O Programa Viva Vida desvinculou-se do projeto Regionalização da Assistência à Saúde, assumiu status de Projeto Estruturador e teve suas metas revistas para a queda de 15% tanto da taxa de mortalidade infantil, como da razão de morte materna. O objetivo dos Centros é organizar o atendimento especializado nas áreas de saúde sexual e reprodutiva, além de prestar atendimento à criança de risco.

Esse centro de atendimento tem importância para a rede de atenção primária à saúde, por ser um ponto de atendimento da atenção secundária, articulada a atenção primária e terciária. Tem por objetivo promover ações interligadas, resolutivas e de qualidade, garantindo assistência integral à saúde sexual e reprodutiva da mulher, da criança, cuidados aos hipertensos e diabéticos com alto grau de risco na microrregião de Pirapora.

Em Pirapora, a construção do território da saúde sobre a égide da administração de Estados e municípios possibilitou para o campo da saúde pública recursos para o desenvolvimento e implantação de projetos e programas em benefício da população. Como por exemplo, a ESF, estratégia que necessita de um espaço organizado e delimitado para o seu pleno funcionamento.

Desta forma, reconhecemos a importância das regiões de saúde trabalharem em conjunto na realização de ações e serviços em saúde, pois, a organização dos serviços em rede possibilita a construção de vínculos solidários e de cooperação, construindo dessa forma o desenvolvimento do sistema de saúde e reafirmando como estratégia de reestruturação do sistema de saúde tanto quanto na organização quanto nos serviços prestados a população.

No próximo capítulo, iremos compreender o processo da territorialização da ESF e sua importância para o desenvolvimento de projetos e ações em saúde. A partir da territorialização, os profissionais da saúde podem compreender melhor os territórios adscritos, as fragilidades dos lugares e das pessoas contido nele.

CAPÍTULO V

TERRITORIALIZAÇÃO , EFETIVIDADE E RESOLUTIVIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM PIRAPORA

Aprendemos a cada dia... principalmente por que lidamos com o povo (COSTA).

5.1 - Pirapora: a territorialização da ESF

A territorialização representa importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, visto que suas ações permeiam uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada. Neste sentido, se torna importante compreender os detentores desse processo de territorialização e qual a sua contribuição para a efetividade das ações desenvolvidas.

No campo da saúde, os espaços são representados por conjuntos de territórios e lugares onde os fatos acontecem simultaneamente e suas repercussões são sentidas em sua totalidade de maneiras diferentes. Segundo o Ministério da Saúde (2012), existe uma dinamicidade no planejamento dos territórios da saúde.

O planejamento das ações em saúde no território é situacional. A equipe faz o acompanhamento dinâmico da situação de saúde, mapeia adequadamente o território, representando de forma gráfica com identificação dos espaços geográficos, sociais, econômicos, culturais, religiosos, demográficos e epidemiológicos. [...] a territorialização possibilita o planejamento das ações prioritárias para o enfrentamento dos problemas de saúde mais frequentes e/ou de maior relevância e em consonância com a equidade. O planejamento e a avaliação das ações implementadas possibilitam a reorientação permanente do processo de trabalho. A comunidade e instituições intersetoriais são envolvidas nesse processo, ampliando a compreensão da equipe em relação à realidade vivida pela população (BRASIL, 2012a, p. 59).

Em Pirapora, esses processos são realizados pelos profissionais da epidemiologia e da ESF, por meio da realização de coletas sistemáticas de dados a partir de um recorte territorial demarcado por áreas, quarteirões ou microáreas. O trabalho desenvolvido pelos agentes da epidemiologia está

dirigido principalmente para a análise do ambiente externo as residências, conforme explicita Gondim et al. (2008)¹⁶:

O guarda de endemias como agente de vigilância e controle atua em um recorte territorial definido dentro de uma diretoria regional. São formados a partir de itinerários a serem cumpridos no trabalho que realizam no campo, nas moradias, nas fazendas, nos povoados ou localidades rurais que consistem em visitas para a busca de vetores ou das condições propícias a sua reprodução. Esses trabalhadores percorrem lugares muito diversificados, desde um pequeno povoado rural concentrado a populações dispersas no território, até condomínios fechados em grandes cidades (GONDIM El al., 2008, p. 12).

A rotina de trabalho desses profissionais é definida segundo um número determinado de imóveis de aproximadamente 800 casas subdivididas de 35 a 40 quarteirões, sendo denominados de distritos ou microáreas. Eles centram sua atuação em prédios e nas moradias, independente do número de pessoas que os habitam (GONDIM et al., 2008). Em Pirapora especificamente, esses trabalhos são realizados da seguinte maneira, como relata o diretor chefe do Setor de Endemias:

O território é demarcado por zoneamento e contém inspeção bimestral pelos agentes da epidemiologia fazendo tratamento focal. Realizamos também o tratamento por amostra rápida por três dias. Pirapora é dividida por estrato, cada servidor desloca para o seu zoneamento no período das oito a quatorze horas, após este período todos os funcionários recolhem as larvas especificadas por setores e leva para o laboratório (sic).

Estes profissionais atuam principalmente no combate ao barbeiro, dengue e leishmaniose visceral e tegumentar, e uma de suas principais ferramentas de trabalho está centrada no mapeamento do território adscrito, com a criação de mapas, sendo possível fazer comparações e localizar condições prejudiciais à saúde da população.

O mapeamento é uma estratégia fundamental para aumentar o conhecimento do território e diminuir a margem de erros nas atividades propostas. A espacialização dos componentes que fazem parte da comunidade, as ruas, casas, escolas, serviços de saúde, pontes, córregos e

¹⁶ Godim et al. (2008), em seu trabalho titulado "Território da saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização em saúde", faz uma discussão teórica sobre o processo da territorialização e o papel dos ACS e dos Agentes da Epidemiologia no processo da territorialização e na concretização das ações em saúde. Dessa forma, utilizamos seus conceitos para explicar o processo de territorialização da ESF em Pirapora.

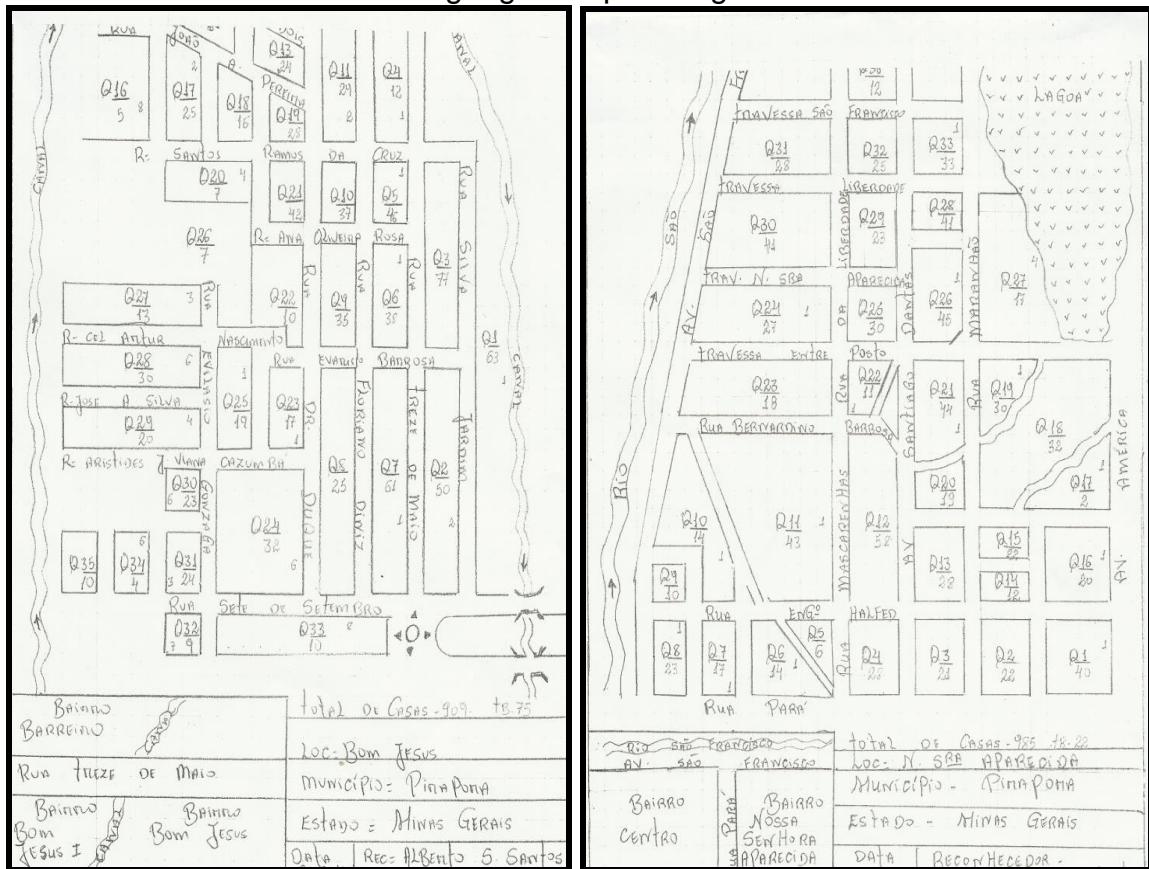
todos os obstáculos que poderão dificultar a circulação das pessoas; facilita a orientação das atividades a serem realizadas nele. “O mapa deve ser uma ferramenta indispensável para seu trabalho. É o desenho de toda sua área/território de atuação” (MS, 2009, p. 43).

Estes profissionais trabalham também com a construção de croquis em campo, onde são registrados na área urbana desenhos das ruas, quarteirões, canais e diversas outras referências que permitem aos agentes se localizar e realizar seu trabalho.

A Figura 3 é um registro geográfico do bairro Bom Jesus e Nossa Senhora Aparecida em Pirapora. Pode-se observar que essa figura tem algumas dessas informações que são necessárias para compreendê-lo. No canto inferior à direita aparece o nome da localidade, da instituição a data da elaboração e outros dados. No canto inferior esquerdo aparece um quadro que apresenta essa localidade em relação a outras e a distância entre elas. No centro da figura estão à área detalhada da localidade com ruas, canais, rios, além de outros detalhes importantes para o reconhecimento do território.

Observa-se também que na Figura 3 as ruas aparecem todas retas, formando quarteirões retangulares, mas esta forma de representar a área analisada não prejudica a leitura desses profissionais, já que eles conhecem bem a localidade por residirem nestas ou em suas proximidades.

Figura 3: Croquis de campo da localização de bairros:manual de reconhecimento geográfico pelos Agentes da Endemia.



Fonte: Agentes da Endemia de Pirapora, 2013.

Outro fator importante a ser analisado na construção de croquis pelos profissionais da ESF e da epidemiologia, é que ambos coletam informações para o pleno reconhecimento da territorialização da saúde na cidade. No entanto, eles atuam separadamente, com cada órgão trabalhando com seus próprios croquis e poucas vezes trocando informações.

Na construção dos croquis pelos técnicos especializados do setor de Epidemiologia de Pirapora, há uma ampla participação dos Agentes da Endemia, em que todos os profissionais participam das informações a serem coletadas e analisadas do bairro ou dos quarteirões como um todo. Após a separação das áreas para iniciar o trabalho, esses profissionais juntamente com o chefe da epidemiologia se reúnem para discutir os principais pontos críticos encontrados na área pesquisada.

Todavia, os profissionais da Epidemiologia não têm como prioridade compreender as relações estabelecidas entre a população e o ambiente no

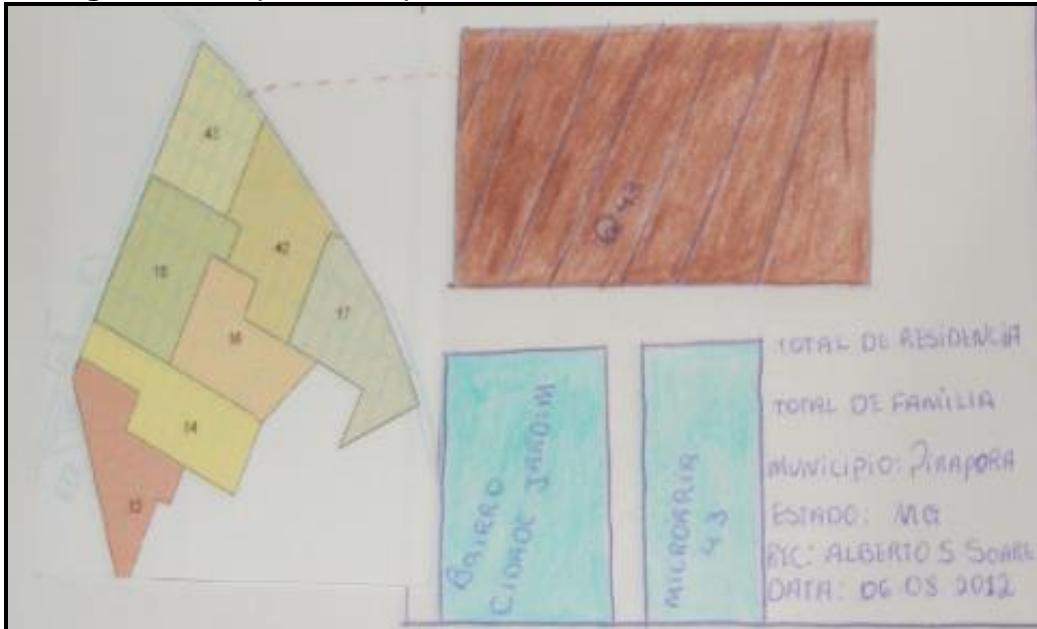
território analisado, sendo, seu trabalho mais direcionado para o meio ambiente e a procura de vetores; e não diretamente com a população que nele está inserida. Desta forma, é de suma importância estes dois órgãos – Epidemiologia e a ESF - trabalharem em conjunto, já que um completaria o trabalho do outro. Sobre esta temática (GONDIM et al., 2008) menciona também que:

Isto contribuiria para uma melhor atuação dos profissionais aproximando-os do cotidiano da vida das pessoas sobre seus cuidados, e o desenvolvimento de práticas sanitárias efetivas - integrais e humanizadas -, que auxiliem na melhoria das condições de vida da população e na produção de saúde (GONDIM, et. al., 2008, p. 13).

A área adscrita pela ESF é definida por um grupo de profissionais por área/bairro de cada unidade de saúde, e repassada para os agentes de saúde na microárea sob sua responsabilidade. Percebe-se que não há um conhecimento de todas as áreas de abrangência pelas equipes, ou seja, cada um dos agentes reconhece apenas a sua microárea. Desta forma, nem os profissionais de cada unidade de saúde, e tão pouco os profissionais de saúde detém o conhecimento das condições socioambientais da população de Pirapora como um todo. A partir da sua microárea, os agentes de saúde traçam as ruas e casas a serem atendidas por eles, como mostra a figura 3.

A figura 5 é o modelo seguido pelos ACS na sua prática cotidiana de trabalho em todas as unidades de saúde de Pirapora. Na maneira pela qual a ESF desenvolve suas atividades pode ocorrer falhas quanto aos atendimentos à saúde da população. Cada unidade de saúde está muito concentrada em sua área. Até mesmo dentro da própria área estes profissionais não detém o conhecimento do todo, já que cada profissional/ACS concentra-se na sua microárea, faltando dessa forma diálogo e discussões entre os membros sobre o cotidiano das famílias adscritas no território como um todo.

Figura 4: Pirapora: croqui da microárea do bairro Cidade Jardim.



Fonte: ACS de Pirapora, 2013..

Alguns ACS no decorrer das entrevistas afirmaram que a falta de diálogo sobre os problemas da comunidade decorre pelo fato da sobrecarga de trabalho que eles têm. Como menciona alguns entrevistados:

Na minha área tem muita gente para eu realizar visitas, às vezes não sobra tempo para discutir os problemas encontrados pelas minhas colegas de trabalho. Todos os ACS têm que atender no máximo 150 famílias, é muita gente para darmos assistência. Temos que ir uma vez por mês na casa de cada paciente, tem casas que agente vai mais vezes, depende da necessidade do paciente (sic).

Sobre este viés, Santos e Silveira (2001, p. 12) apontam que, “o território em si mesmo não constitui uma categoria de análise ao considerarmos o espaço geográfico como tema das ciências sociais, isto é, como questão histórica. A categoria de análise é o território utilizado”. Desta forma, não faz sentido pensar no território como uma mera delimitação da área em si, mas, sobretudo, reconhecer que os processos vividos por homens e mulheres que ali habitam muitas vezes transgridem os limites impostos pela área adscrita pela ESF. Para isso, é necessário conhecer o território, sua população e os processos que nele se desenvolvem. Sobre esta temática, Gondim et al. (2008) menciona que:

É preciso enxergar o setor saúde como um ator a mais nesta arena (e não o único), com atribuições específica, a saber, ajudar a construir ambientes saudáveis. Esta construção será tão mais sólida quanto for

o grau de participação dos atores local e respeitado suas territorialidades. Por isso, utilizar a categoria território como elemento estruturador das ações em saúde é mais do que gerar novas delimitações administrativas (GONDIM, 2008, p. 17).

Explicitado também por Santos e Rigotto (2011):

Para reconhecer as fragilidades das análises parciais colocada pelo Sistema de informação Básica (SIAB), cuja unidade básica de análise é a família, requer o avanço dos estudos nessa área para além do ‘ambiente’ da família e, principalmente, para o ‘ambiente’ da vida cotidiana da família – em outras palavras, para o território. Assim, o processo contínuo de territorialização deve buscar ir além do mapeamento inicial e da delimitação estanque dos territórios, contemplando permanentemente as distintas dinâmicas que emergem de cada território. Entre essas dinâmicas, estão, por exemplo, a chegada de novos processos produtivos e tecnológicos – os quais, ainda que atendam a determinados interesses sociais, são portadores e viabilizadores de numerosas possibilidades de geração de riscos e de ampliação de vulnerabilidades. Nesses contextos, além da ocorrência de danos e agravos à saúde humana, há também prejuízos aos ecossistemas prestadores de serviços ambientais relevantes para toda a comunidade de vida local (SANTOS; RIGOTTO, 2011, p. 394).

O fato de residir na área onde exercerá suas atividades, e, portanto conhecido da maioria dos moradores da comunidade, facilitará o trabalho do ACS, pois a sua proximidade se traduzirá em relação de confiança. Outro ponto positivo é que por ser residente da comunidade conhece praticamente todos os problemas que a envolvem. Isso irá favorecer o diagnóstico ambiental e possibilitando a ação do poder público local. De acordo com documento do Ministério da Saúde (2009), que aborda o papel dos ACS,

Sua ação favorece a transformação de situações-problema que afetam a qualidade de vida das famílias, como aquelas associadas ao saneamento básico, destinação do lixo, condições precárias de moradia, situações de exclusão social, desemprego, violência intrafamiliar, drogas lícitas e ilícitas, acidentes etc (MS, 2009, p. 24).

O conhecimento profundo da área de atuação dos ACS é fundamental na organização das ações dos serviços de saúde, contribuindo com os gestores públicos e atuando como vigilantes da saúde da comunidade. Neste sentido, ressaltamos o quanto é importante explorar o conhecimento dos ACS sob seu território de trabalho, já que, uma das principais exigências do Ministério da Saúde é que estes profissionais residem na sua área de atuação. Desta forma, seria necessário que os gestores municipais criassem novas

metodologias de trabalho para os ACS, já que o reconhecimento do território de atuação e das famílias atendidas já faz parte de seus cotidianos. Com novos planos de trabalho para estes profissionais, provavelmente contribuiriam de forma mais eficaz para a qualidade de vida e saúde da população analisada.

Com intuito de compreender como os profissionais da ESF discutem suas ações, perguntamos a um enfermeiro no decorrer das entrevistas como são realizadas as reuniões nas unidades. Se todos os profissionais das áreas adscritas participavam das reuniões, ou se tinha algumas confraternizações entre todos os profissionais da ESF em Pirapora para discutir novos planos de atuação e planejamento da estratégia na cidade:

Reunir todos os funcionários para discutir a ESF na cidade se torna difícil pelo calendário extenso de trabalho que temos, mas, todos os meses fazemos uma agenda de planejamento mensal com os funcionários das unidades. Damos prioridades os grupos de mulheres com orientação de médicos com especialista, grupos de gestante também com especialista, poricultura, fechamento do dociaibe da unidade, todo mês muda este calendário. Nós sempre elaboramos ata de reunião e escala de atribuição (sic).

Questionamos também sobre a agenda mensal, se todos os profissionais da unidade participam, dando opiniões e expondo problemas encontrados na sua microárea. O entrevistado afirmou que os enfermeiros são ouvidos e consequentemente são acatados as suas opiniões e sugestões.

Expondo esta temática aos ACS da mesma área, eles afirmam que costumam reunir geralmente para debater sobre as metas a serem cumpridas mensalmente e não para discutir problemas comuns entre as famílias visitadas, como fala um dos entrevistados:

São discutidas as visitas domiciliares aos diabéticos e hipertensos, se os cartões das crianças estão com as vacinas em dias e se todas as casas sob a nossa responsabilidade foi visitada. Se fizermos isso corretamente recebemos gratificações (sic).

Percebemos na fala do entrevistado que os diálogos que existem entre o profissional do ACS e o seu superior se referem somente ao cumprimento de metas, e não um diálogo sobre os possíveis problemas encontrados na comunidade e no território adscrito. Embora as políticas norteadoras do processo da Atenção Primária a Saúde orientem para a realização de ações para grupos específicos como crianças, diabéticos, hipertensos, idosos e

mulheres, isto contribui para a fragmentação das ações pragmáticas com pouco enfoque na integralidade da atenção e na promoção da saúde. Sobre esta temática Pessoa et al. (2013), afirma que,

[...] esta focalização das ações contribui para que os profissionais não incorporem em suas práticas as dimensões do trabalho e ambiente, embasada na compreensão ampliada de saúde e de território (PESSOA et. al., 2013, p. 2254).

O ACS garante a participação da comunidade no planejamento das ações de saúde. Este deve ainda participar e contribuir com a organização dos conselhos locais de saúde, além de estimular os moradores a participarem desses conselhos. Os representantes da comunidade como os presidentes das associações de bairro podem contribuir fornecendo aos conselheiros de saúde informações, dados e ações que já são desenvolvidas na comunidade e que vem trazendo resultados positivos (MS, 2009).

Conforme já apontado anteriormente, os moradores, principalmente os mais antigos conhecem bem as deficiências e a maioria dos problemas da comunidade podendo ser de grande valia as informações oferecidas, além do que se sentirão importantes participando do planejamento das ações para melhoria do seu território, fato que será fundamental para o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde.

Cada pessoa da comunidade sabe alguma coisa, sabe fazer alguma coisa e sabe dizer alguma coisa diferente. São os saberes, os fazeres e os dizeres da comunidade. A comunidade funciona quando existe troca de conhecimentos entre todos. Cada um tem um jeito de contribuir, e toda contribuição deve ser considerada e valorizada. Você tem de estar muito atento a tudo isso (MS, 2009, p. 56).

Para que as necessidades de saúde de uma população sejam supridas adequadamente é preciso que haja a intersetorialidade, ou seja, a integração dos serviços de saúde a outros órgãos públicos, pois a articulação de políticas, programas e ações contribuem para a melhoria da saúde. Somente o setor de saúde não consegue garantir a saúde de uma população ou de um território, é preciso que todos se envolvam.

Ainda dialogando com a mesma entrevistada (ACS), perguntamos se há um trabalho em grupo por parte dos profissionais da mesma área – bairro, ela respondeu que sim. *“Cada uma tem que cumprir a sua área, mas agente*

trabalha em grupo também, se precisar ir à área do outro agente vai, nos trabalhamos em equipe" (sic). Ou seja, a entrevistada mais uma vez, menciona o trabalho em equipe somente o trabalho de realizar as visitas internas as residências das famílias e não trabalhar em equipe discutindo problemas e possíveis soluções para melhorar o ambiente e a qualidade de vida das famílias adscritas.

Observa-se que no trabalho dos profissionais da ESF de Pirapora, falta mais integração entre as equipes. Ainda assim, a demarcação das áreas, microáreas e a maneira pela qual estes funcionários realizam suas visitas cotidianas estão de acordo com o que é preconizado pelo SUS. Uma das grandes preocupações do gestor de Pirapora é de cumprir o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Os ACS de Pirapora, além de não discutirem as necessidades da população com outras áreas, e ficarem concentradas somente na sua área/bairro, ou somente na sua microárea, ainda se encontram muito centrados nos problemas das famílias, olhando somente o ponto de vista interno a sua casa. Todavia, muitos problemas existentes na comunidade não se resumem apenas ao espaço interno das residências, mas, sobretudo, nos territórios percorridos por estes no decorrer de seu cotidiano. Este quesito seria um fator que deveria ser modificado nos trabalhos realizados pelos profissionais de saúde das unidades de Pirapora.

No decorrer das entrevistas foram mencionadas pelos ACS que suas prioridades nas visitas realizadas são "os diabéticos, hipertensos, cartões de vacinas das crianças em dia e o pré-natal em gestante"(sic). Barcelos e Monkem (2007) pontuam elementos importantes quanto à funcionalidade do trabalho dos profissionais de saúde da ESF e, sobretudo, dos ACS. O autor sugere que estes profissionais sejam mais dinâmicos e não fiquem centrados em manter somente os dados do SIAB atualizados. Pois, para os gestores desenvolverem ações no território, é necessário,

[...] outras fontes de informações não só advindas da agregação dos dados das famílias contidos no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Mas principalmente gerada por instrumento que captem a existência de características da coletividade, tanto variáveis emergentes da interação humana, como as redes sociais, valores e formas de organização, como ambientais, que contextualizam as

condições de vida no espaço geográfico (BARCELOS; MONKEM, 2007, p. 227).

Para obter estas informações, seria necessário que os profissionais de todos os setores da saúde de Pirapora trabalhassem em conjunto. Assim, seria possível compreender as famílias e seus problemas de saúde em seu contexto de vida e em seus territórios de vivência. Todavia, reconhecer a territorialização sob responsabilidade dos profissionais de cada setor como estratégia para o planejamento de suas ações já está proposto. O que tem sido apresentado como desafio para estes profissionais são os métodos utilizados para o processo de desvelamento no território de atuação (PESSOA et al., 2013).

O ACS juntamente com a equipe do programa de saúde, os moradores da comunidade e o envolvimento de outros setores poderão modificar as condições de vida de uma população ou mesmo de uma determinada área, como também determinar conjuntamente as prioridades da comunidade e criar estratégias para a efetivação dessas prioridades. Para isso, o planejamento é fundamental para o desenvolvimento e execução das tarefas, facilitando dessa forma o bom andamento das atividades em prol da melhoria das condições socioambientais do território sob sua responsabilidade e consequentemente da saúde da população.

As atividades e ações para a sua área de atuação devem ser planejadas juntamente com a equipe de profissionais de saúde, porém deve ter o envolvimento da comunidade. Conforme discutido anteriormente, quem bem conhece a comunidade com todos os seus problemas e potencialidades são os moradores, é essencial a participação deles em todo o processo.

5.2- A efetividade da Estratégia Saúde da Família em Pirapora

A efetividade busca avaliar os resultados das ações que foram implantadas em um determinado programa ou estratégia, verificando dessa forma os reais benefícios e impactos que as ações trarão. Assim, ao avaliar a efetividade na ESF em Pirapora pretendemos relacionar sua implementação com a mudança social ocasionada em termos de impactos e/ou efeitos alcançados. Para Barreto et al. (2010), a efetividade na ESF se mede dentre outros aspectos pelas mudanças sociais que ocorreram no decorrer da

implementação e expansão da ESF em um determinado município. E essas mudanças estão relacionadas principalmente aos dados e documentos relacionados à mortalidade infantil. Carvalho (2004) elucida também a importância da avaliação da efetividade no contexto da ESF:

A efetividade tem sido um alvo buscado na avaliação de políticas públicas, dada à consciência das desigualdades sociais, pobreza e exclusão que atingem parcela majoritária da população. É possível mesmo dizer que as investigações avaliativas vêm concentrando esforços na busca de correlacionar objetivos, estratégias, conteúdos e resultados com os impactos produzidos, isto é, com o grau de efetividade alcançada (CARVALHO, 2004, p. 72).

O Ministério da Saúde (2010), também destaca que:

A eficácia e efetividade da atenção primária/básica estão diretamente associadas à capacidade político-institucional das equipes dirigentes da saúde de organizar o sistema em rede. Da mesma forma, é influenciada pela dinâmica de interação/comunicação que se estabelece em cada unidade e em cada uma das equipes de atenção básica, o que corresponde à construção de determinadas dinâmicas de intercâmbio, repositionamentos no trabalho e capacidade inventiva dos trabalhadores face às expectativas e exigências ético-político e clínicas da sua ação no território. Além disto, a efetividade da atenção básica é também determinada pela dinâmica das relações estabelecidas com as populações – que se expressam em contratos explícitos ou não -, que na perspectiva da inclusão cidadã deixam de ser o “alvo da ação” para se constituírem em sujeitos protagonistas da produção de saúde no território (MS, 2010, p. 12).

Assim, trabalhamos com alguns indicadores de mortalidade (nº. de óbitos por grupo de causas específicas; números de óbitos em crianças por ano), sendo que para algumas variáveis a escala temporal abarcou o período 2005-2009, em função da disponibilidade de dados. A partir dos dados do SIAB foi possível traçar a trajetória de consolidação da ESF com destaque para a cobertura vacinal em dia; aleitamento materno; cobertura do pré-natal; desnutrição; hospitalização por pneumonia e por desidratação. Essas variáveis estão intimamente associadas à cobertura da atenção primária em saúde.

Por meio da tabela 5 é possível constatar alguns pontos positivos na consolidação da ESF em Pirapora, com avanços significativos na cobertura das crianças vacinadas, com aleitamento materno exclusivo, bem como nas taxas de coberturas de consultas de pré-natal.

A taxa de prevalência de desnutrição, por exemplo, passou de 4,1 (2005) para 1,7 (2009), e também foi registrado redução nas taxas de

internação por pneumonia e por desidratação. Também há uma boa cobertura de consultas de pré-natal, das crianças com aleitamento materno exclusivo e excelente percentual de crianças vacinadas. Esses indicadores registram que num espaço de tempo relativamente curto houve reduções significativas de variáveis que demonstram melhoria das condições de saúde da população, especialmente, das crianças.

Tabela 5: Pirapora: Alguns indicadores da atenção básica – ESF

Indicadores	2005	2006	2007	2008	2009
% de crianças com esquema vacinal básico em dia ⁽¹⁾	91,3	91,4	93,4	94,9	95,2
% de crianças com aleitamento materno exclusivo ⁽¹⁾	72,4	64,9	64,3	68,8	67,1
% de cobertura de consultas de pré-natal ⁽¹⁾	89,7	90,1	95,0	96,1	98,0
Taxa de mortalidade infantil por diarréia ⁽²⁾	2,5	-	-	-	-
Prevalência de desnutrição ⁽³⁾	4,1	2,9	3,0	3,2	1,7
Taxa de hospitalização por pneumonia ⁽⁴⁾	23,4	16,6	15,4	18,1	19,4
Taxa de hospitalização por desidratação ⁽⁴⁾	7,8	7,0	3,7	6,0	1,7

Fonte: SIAB. Situação da base de dados nacional em 22/02/2010. Org.: COSTA, V. A., 2012.
Obs.: (1)média mensal.; (2) por 1.000 nascidos vivos; (3) em menores de 2 anos, por 100; (4)

Em menores de 5 anos, por 100; em menores de 5 anos na situação do final do ano.

A mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias representado na tabela 6 mostra que os maiores índices estão entre os anos de 2003 com 19 casos e 2010 com 18 casos, podemos visualizar também quedas e avanços no número de casos no decorrer dos anos. Isso mostra certa resistência de combate aos vetores. Segundo o Ministério da Saúde (2010), as doenças e, sobretudo, os casos de óbitos causados pelas doenças infecciosas e

parasitárias são objeto de interesse da Vigilância Epidemiológica e, sobretudo, pelos profissionais da ESF. Dentre os números de óbitos por doenças infecciosas e parasitária na cidade de Pirapora, está o caso da malária e da tuberculose.

Observamos também através das variáveis destacadas na tabela 6, que os indicadores apontam um elevado número de mortalidade por causas mal definidas, tendo o ano de 2005 e 2006 com os maiores índices. As mortes por causas de doenças do aparelho respiratório também apresentam elevados índices, acentuando-se principalmente nos anos de 2003 com 75 casos, no ano de 2005 com 72 e 2009 com 71 casos de mortalidade. Deve-se levar em conta que a queda dos números absolutos entre 2006 e 2010, de 109 para 63 pode estar relacionado a um aperfeiçoamento na definição dos diagnósticos e registro das causas de óbitos.

Tabela 6: Pirapora: número de óbitos por grupo de causas específicas entre 2002 e 2010

Doenças	Anos								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Óbitos por doenças infecciosas e parasitárias	13	19	8	9	11	13	8	14	18
Óbitos por causas externas	19	36	43	30	31	41	42	36	27
Óbitos por doenças do aparelho circulatório	41	75	64	72	48	59	57	71	63
Óbitos por causas mal definidas	81	75	89	95	109	77	67	42	63

Fonte: DAB/SAS/MS, ano 2012. Org.: COSTA, V. A., 2012.

Podemos inferir sobre as taxas de mortalidade em crianças nos anos de 2002 a 2010, cujas variáveis não modificaram muito no decorrer dos anos. Quando analisamos a variável de óbitos por diarréia em crianças menores de 5 anos no município de Pirapora, observamos taxas pouco significantes, sendo

que nos cinco primeiros anos prevaleceu somente um caso, sendo eliminado nos quatro anos subsequentes da análise (TABELA 7).

A taxa de internação por diarréia é um indicador sensível a qualquer ação preventiva e curativa básica, sendo um agravo de fácil diagnóstico e, às vezes, resolvidos em nível domiciliar, quer seja por cuidados próprios das famílias ou, mais especificamente, de assistência curativa básica a nível da família ou da Unidade de Saúde.

Tabela 7: Pirapora: número de óbitos em crianças entre 2002 e 2010

Doenças	Anos								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Óbitos por diarréia em menores de 5 anos	1	1	1	1	1	0	0	0	0
Óbitos em menores de 1 anos	10	30	26	28	16	13	16	16	10
Óbitos geral por menores de 5 anos	12	32	26	32	19	17	20	16	13
Óbitos por menores de 28 dias	6	19	20	18	13	11	11	11	9

Fonte: DAB/SAS/MS, 2012. Org.: COSTA, V. A., 2012.

Os óbitos em crianças menores de um ano refletem entre outros aspectos, a cobertura assistencial das mães através das consultas de pré-natal. Sendo assim, a taxa de mortalidade ainda se encontra com números de baixa variação nos últimos anos de atuação da ESF, mas, houve quedas, mostrando melhorias nos atendimentos e acompanhamento das gestantes. A partir dos dados a efetividade da ESF em Pirapora, queremos compreender também a sua resolutividade perante os serviços e atenção à saúde a população assistida

5.3 - A resolutividade da ESF para a população adscrita em Pirapora

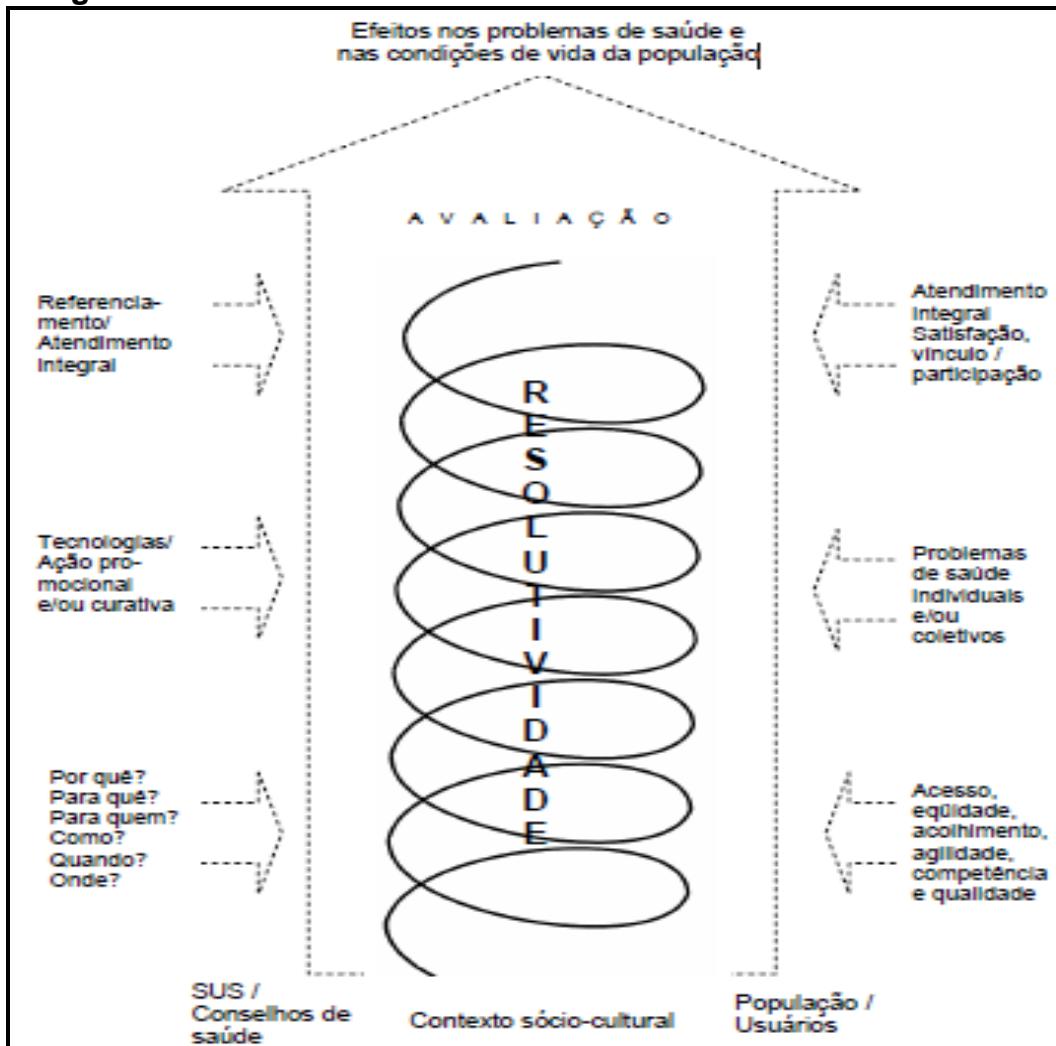
A resolutividade refere-se à aptidão do sistema de saúde em resolver os problemas dentro dos seus limites de complexidade e capacidade tecnológica

(MERHY, 1994). Esses serviços devem ser ofertados aos usuários de acordo com suas necessidades em todos os níveis de assistência.

Para atingir a resolutividade em saúde, é necessário o desenvolvimento de práticas cotidianas de ações em saúde. E essas práticas e ações devem ser executadas pelos profissionais com eficácia e criatividade, para obter efeitos resolutivos na melhoria da atenção à saúde. Por meio do diagrama 1 podemos visualizar alguns indicadores a resolutividade em saúde.

Para avaliar a resolutividade das ações desenvolvida em saúde, Degani (2002), aponta doze indicadores importantes para medir essa resolutividade. Nos pilares iniciais do diagrama, ela coloca três indicadores que caracterizam os pontos principais das ações desenvolvidas em saúde. Do lado esquerdo ela destaca o SUS, assegurado pela Constituição de 1988 e regido pelo direito universal e gratuita a saúde, calcado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação popular (através dos conselhos de saúde). E do lado direito é colocado à população/usuário; e nos entremeados o contexto social e cultural.

Diagrama 1: Síntese de indicadores a resolutividade da saúde.



Fonte: DEGANI, 2002. Org.: COSTA, V. A., 2014.

O planejamento está caracterizado no diagrama pelos questionamentos, “Por que? Para que? Para quem? Quem? Quando? e Onde?” Este deve ser realizado de maneira democrática para que possa beneficiar a todos os usuários de saúde, independente das suas condições financeiras. Degani (2002) menciona ainda, que além do planejamento também é necessário tecnologia para alcançar a resolutividade nas ações desenvolvidas em saúde.

A avaliação não deve ter somente a preocupação com a ocorrência ou não de efeitos positivos ou negativos. Mas serve também para direcionar novas estratégias de ação, assegurando o tratamento simultâneo das dimensões dos problemas de saúde apresentados pela população em uma abordagem integral capaz de produzir satisfação do usuário e vínculo ao serviço, possibilitando, desta forma, a efetividade da participação da população (DEGANI, 2002, p.133).

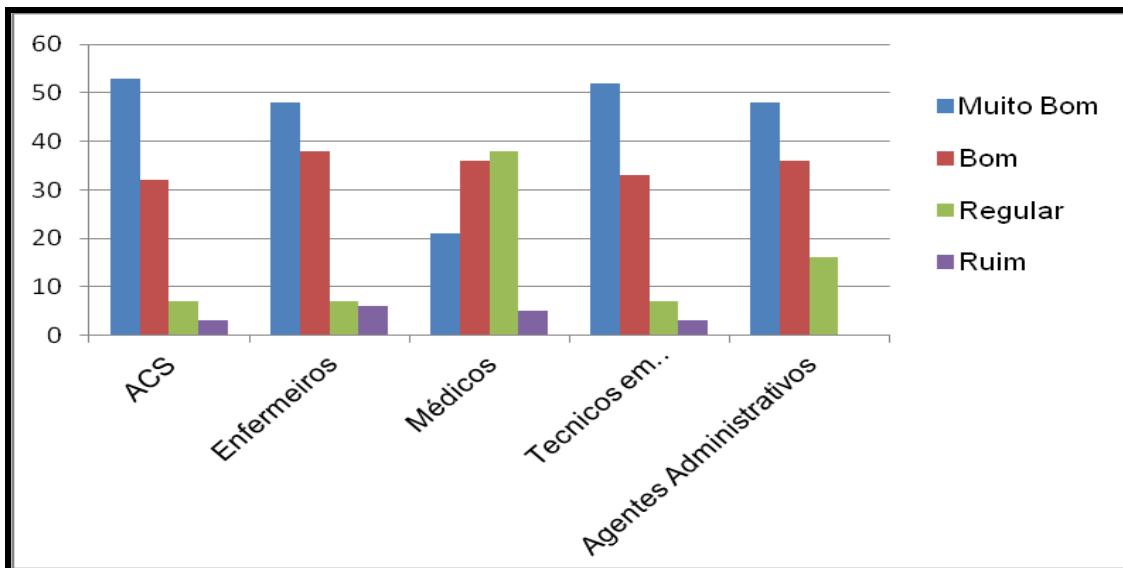
A avaliação da resolutividade visa também um atendimento integral e humanizado, que possa possibilitar o acesso aos serviços, o acolhimento e, sobretudo, satisfação aos usuários quanto à resolução dos problemas de saúde da população como um todo.

Diante destas reflexões, tentamos compreender a resolutividade da ESF a partir dos indicadores de satisfação dos usuários no que se refere à melhoria dos atendimentos a saúde da população adscrita pelos profissionais da Enfermagem, técnico de Enfermagem, Agentes Administrativos e ACS. Também questionamos sobre a resolutividade da ESF segundo a visão dos usuários sobre os atendimentos e o acesso aos serviços de saúde em Pirapora. Com estas variáveis tentamos compreender o papel dos profissionais da ESF em Pirapora na visão dos usuários sobre os serviços prestados a população adscrita. O gráfico 6 revela a satisfação dos usuários da ESF com os atendimentos realizados pelos profissionais nas unidades de saúde.

O gráfico 6 aponta o quanto os entrevistados adscrito ao programa estão satisfeitos com os serviços prestados pelos profissionais nas unidades de saúde de Pirapora. Isto é, 53% dos entrevistados disseram ser muito bom os atendimentos recebidos pelos ACS, 35% disseram ser bom, 8 % regular e 8% ruim. Os usuários da ESF mencionaram ainda a importância do trabalho realizado pelo ACS em suas comunidades:

O ACS é muito importante para nos, é através deles que ficamos sabendo de tudo, eles nos informa sobre os medicamentos, como cuidar da nossa saúde, agente conversa sobre tudo, eles nos diverte muito" (sic). "A agente dessa área é filha da minha comadre, antes dela trabalhar na saúde ela não saía da minha casa, por isso tenho muita confiança nela. Ela resolve tudo para nos aqui em casa, marca consulta, busca remédio, me orienta sobre coisas importantes, gostamos muito dela (sic).

Gráfico 6: Pirapora: satisfação dos usuários em relação aos profissionais da ESF



Fonte: Pesquisa direta, 2013. Org: COSTA, V. A., 2014.

Quanto aos enfermeiros, o gráfico 6 mostra que 48% por cento dos entrevistados disseram ser muito bom os atendimentos, 38% responderam ser bom, 7% regular e 6% mencionaram ser ruim o atendimento prestado pelo profissional enfermeiro nas unidades de saúde de Pirapora. Sobre os enfermeiros, alguns entrevistados mencionaram: "Somos muito bem atendidas pelos enfermeiros, eles entendem os nossos problemas, nos recebe, nos orientam e ate nos encaminha para o médico ou lá para cima" (fala referente ao Centro Viva Vida ou Hiperdia Minas). "Aqui na unidade somos mais atendidas mesmo é pelo enfermeiro, o médico nem sempre está aqui ou pode nos atender" (sic).

Já o profissional médico mostrado pelo gráfico 6, obteve o menor número de entrevistados satisfeitos com os seus serviços. Somente 21% dos entrevistados disseram que eles realizam um bom atendimento nas unidades, 36% disseram ser bom, 38% regular e apenas 5% dos entrevistados disseram ser ruim, por faltar diálogo e interesse pelos seus problemas.

O profissional médico nas unidades da ESF em Pirapora é o profissional que tem menos contato com a população, pois, a maioria dos atendimentos é realizada pelos enfermeiros, em último caso que este passa por uma consulta com o médico. Muitos usuários hipertensos reclamaram que suas receitas para pegar remédios estão vencidas e não consegue renová-las pela falta de

atendimento do médico na unidade. Esse fator foi uma das principais reclamações e insatisfação com o trabalho realizado pelos médicos nas unidades de saúde de Pirapora.

O Gráfico 6 também mostra grande aceitabilidade da população entrevistada com o técnico de enfermagem, 52% acharam muito bom os atendimentos recebidos por estes profissionais, 33% acham bom, 7% regular e apenas 3% disseram serem ruins os serviços prestados pelos técnicos de enfermagem.

Quanto aos trabalhos prestados pelos Agentes administrativos, o gráfico elucida que 48% por cento dos entrevistados acham os serviços prestados muito bom, 36% bom, 16% regular e nenhum entrevistado revelaram que os serviços prestados pelos Agentes Administrativos sejam ruins. As entrevistas realizadas revelam o quanto à população adscrita na ESF de Pirapora está satisfeita com os serviços prestados a população. Vimos com menor satisfação os serviços prestados pelo profissional médico das unidades, muitos entrevistados disseram que eles não atendem o paciente como gostariam, ou simplesmente não cumpre com suas obrigações nas unidades, faltando ao trabalho, não atendendo o número de pessoas agendadas durante as semana nas unidades.

No decorrer das entrevistas, encontramos várias vezes nas unidades de saúde paciente aguardando o médico para realizar consultas que já estavam agendadas voltando para suas casas por motivo de ausência desse profissional. Como o município não dispõe de um número elevado de médicos, muitas vezes não é possível outro médico para substituí-lo. Dessa forma, o paciente é atendido pela enfermeira ou remarca a consulta para outro dia.

Para uma técnica de enfermagem, a credibilidade colocada pelas famílias adscritas as unidades está *principalmente no convívio e no contato direto com a comunidade, a gente tem aquela liberdade de participar diretamente do seio da família:*

Depois que criou o PSF, nós profissionais da saúde tivemos a oportunidade de conviver com as pessoas e a comunidade. Como estamos todos os dias participando da vida desses indivíduos que é de vital importância para o desenvolvimento e concretização do PSF no município. Convivemos, sabemos tudo que passa na vida do

paciente, além de sermos profissionais, nós mantemos aquele vínculo de amizade. Para mim foi uma experiência muito boa (sic).

Os ACS também destacam a importância da estratégia para a população de Pirapora:

A nossa relação vai além de uma profissão. Agente tenta conviver e lidar com pessoas, cada um tem um jeito, às vezes agente faz de tudo hoje e amanhã não tem como fazer, assim as pessoas já muda seu jeito. Houve caso de maltratar agente, ainda assim, nessas casas temos que tentar reconquistar esse paciente e mostrar para ele que muitas das vezes não depende de nós, além da gente tem outras pessoas, e nem sempre conseguimos tudo que queremos (sic).

A ESF contribui para a qualidade de vida das famílias, cuidando-as diariamente. Evitando dessa forma que estas busque atendimento mais especializado (sic).

Esta relação estabelecida entre os profissionais e a população possibilita maior acesso dessas famílias ao atendimento a saúde, pois, a ESF apresenta-se como um dos principais eixos norteadores a oferta de serviços e a busca contínua das necessidades de saúde da população adscrita. Para Cohn (2007, p. 58), significa “a forma como as pessoas percebem a acessibilidade, ou seja, a não restrição da entrada nos serviços de saúde”.

A referida autora mensura ainda a importância da organização do acesso aos serviços de saúde, questões essenciais na busca e superação das desigualdades da assistência à saúde.

O PSF, pelas características apontadas, tem sido considerado como modelo estratégico por excelência dessa superação e, nesse sentido, está hoje disseminada na maioria dos municípios brasileiros, que contam com incentivos financeiros específicos para sua implementação (COHN, 2009, p. 98).

Embora, muitos municípios obtenham recursos financeiros e equipamentos, muitas vezes a população não tem acesso aos serviços de saúde como deveriam. Neste sentido, Cohn (2009) afirma que,

[...] ter serviços disponíveis não quer dizer garantia de acesso. [...] a categoria acesso deve, portanto, ser vista não somente como geográfica e econômica, mas também organizacional e sociocultural. Ela pode descrever a capacidade que um serviço tem de dar cobertura a uma determinada população, ou o obstáculo a sua utilização, caracterizando uma interação que ocorre em um processo de produção de serviços (COHN, 2009, p. 99).

O acesso constitui uma categoria ímpar para analisar o sistema de saúde, podemos com isso, compreender a dimensão da oferta de serviço relativo à capacidade de produzir serviços e de responder as necessidades de saúde de uma determinada população. Ou seja, não basta ter equipamentos em saúde disponíveis, é necessário entender o acesso a partir das relações estabelecidas entre as famílias adscritas em um território e os profissionais de saúde (SOUZA, 2007).

Em Pirapora o acesso à saúde da população veio principalmente com o funcionamento da saúde em rede, também com as novas construções e com a ampliação dos funcionários e equipamentos. No decorrer das entrevistas os entrevistados afirmaram que:

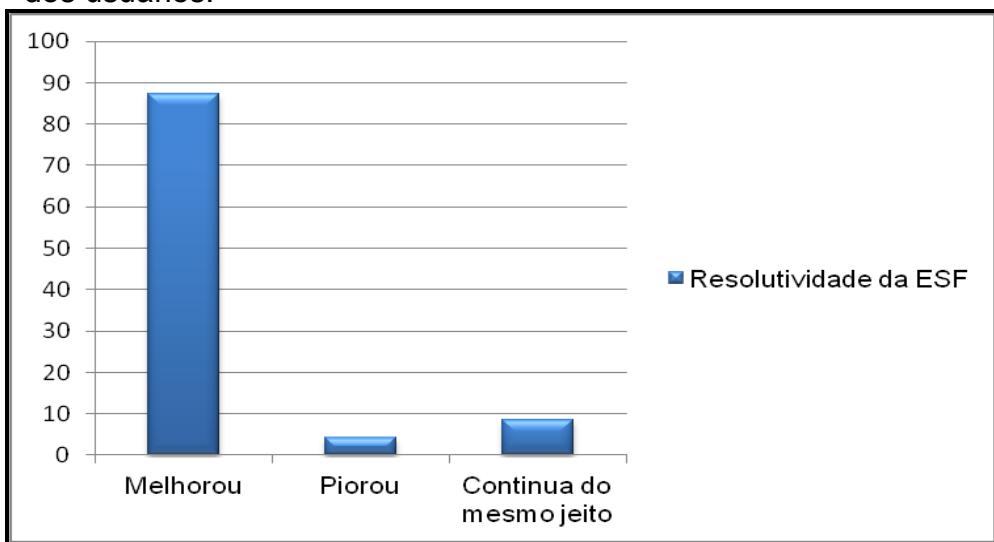
Antes de construir essa unidade de saúde aqui, era uma casa alugada, nela não tinha espaço nem para nós esperar atendimento, agora não, tem sala individual para tudo, ficou bem melhor (sic).

Depois da construção do centro viva vida, melhorou de mais o nosso atendimento, antes, tratava no PSF e ficava por isso mesmo, agora não, o nosso tratamento continua até melhorar (sic).

Alguns atendimentos que antes eram concentrados no hospital se encontram hoje totalmente descentralizados. Como por exemplo, o pré-natal, exames preventivos, ginecológico, e diversos outros procedimentos em saúde que são realizados no Centro Viva Vida e Hiperdia Minas, ou simplesmente em uma das unidades do PSF que será atendido¹⁷. Quanto à resolutividade da ESF em Pirapora, o gráfico 7 revelou valores significativos.

¹⁷ Fala do Secretário Adjunto de Pirapora, 2012.

Gráfico 7: Pirapora: resolutividade quanto a ESF segundo a visão dos usuários.



Fonte: Pesquisa Direta, 2013. Org.: COSTA,V. A., 2014.

O gráfico 1 revela o quanto a ESF contribuiu para a saúde da população em Pirapora, pois, 87,27% da população entrevistada relataram a funcionalidade da ESF na cidade.

Com essa unidade de saúde aqui, tudo melhorou para nós, antes tinha que ir para o hospital, ficar na fila, ir de madrugada e ficar o dia quase todo, e muitas das vezes ainda não conseguia atendimento, agora não. A Agente do nosso bairro marca pra nos, é só ir no horário certo e consultar (sic).

Com a ESF nossa vida melhorou muito, antes eu consultava e não tinha dinheiro para comprar os remédios. Hoje, já saio da consulta e pego os remédios de graça, mesmo os que não encontro, vou a farmácia e compro mais barato. Antes morriam amingua e ninguém ajudava. Agora os profissionais da saúde não saem da nossa casa (sic).

O gráfico revela ainda que apenas 8,53% dos entrevistados disseram que a saúde continua do mesmo jeito após a implantação da ESF e 4,2% responderam que a saúde piorou com os atendimentos centrados nas unidades de saúde. Antes eles eram livres para procurar atendimento à saúde onde quisesse, e agora, é necessário passar pelo PSF de sua comunidade. Embora haja reclamações quanto os atendimentos prestados nas unidades de saúde, ainda assim, o gráfico 7 revela uma grande aceitabilidade da estratégia por parte de seus usuários. Portanto, para avaliar a resolutividade e efetividade da ESF em Pirapora concordamos com a abordagem colocada por Paulino et al. (2009).

O resultado das avaliações não deve ser considerado como um dado exclusivamente técnico, mas sim como uma informação de interesse de todos (gestores, profissionais e população). Por isso deve ser desenvolvidas formas de ampliação da divulgação e discussão dos dados obtidos no processo de avaliação. É importante ressaltar que os instrumentos utilizados para a avaliação devem aferir alterações efetivas do modelo assistencial, satisfação dos profissionais, satisfação dos usuários e qualidade do atendimento e impacto dos indicadores de saúde (PAULINO et al., 2009, p. 120).

Portanto, percebemos o quanto a avaliação dos projetos e ações em saúde é importante para aumentar o atendimento de qualidade as famílias adscritas, diminuindo dessa forma as desigualdades do acesso à saúde. Apesar da ESF apresentar alguns problemas, julgamos que o saldo de sua atuação ainda é positivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar a ESF em Pirapora não foi uma tarefa fácil, tivemos muitos desafios a serem superados. Nem todas as propostas iniciais foram possíveis de serem contempladas, nem todos os profissionais que pensamos em entrevistar também foram possíveis. Por exemplo, o profissional médico. Em nenhum momento da pesquisa foi possível encontrá-lo nas unidades ou em outros lugares disponíveis para uma entrevista. Em contrapartida, tivemos em todos os momentos o apoio dos outros profissionais, tais como, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACS, agentes administrativos e, sobretudo, pelo Secretário Adjunto da ESF. Parte de nossa análise sobre a ESF foi baseada nas entrevistas concedidas pelo Secretário adjunto, pois, além dele compreender o processo de ampliação e desenvolvimento da ESF desde sua implantação, ainda é um dos profissionais mais envolvidos com a estratégia na cidade. Houve vantagens e desvantagens nesse procedimento tendo em vista que ficamos restritos a uma única visão do processo de implantação da estratégia.

Também contamos com a colaboração do centro de epidemiologia na disponibilização de dados e croquis de seus trabalhos desenvolvidos junto à comunidade piraporense. Com eles foi possível compreender o processo de territorialização realizado pelos profissionais da zoonose, correlacionando com o processo da territorialização realizada pelos profissionais da ESF. Quanto à pesquisa desenvolvida nas unidades, tivemos a grande liberdade em colher dados, informações, fotografar, entrevistar os profissionais e usuários, além de observar os procedimentos realizados em todos os momentos de campo realizado.

De posse das entrevistas e dados sobre a ESF em Pirapora, observamos muitos avanços na ESF, como por exemplo, a sua importância para os usuários, assim como para os próprios funcionários.

Por meio das dimensões técnicas/financeiras, constatou-se a expansão da ESF em Pirapora, visto que esta surgiu com apenas cinco equipes saúde da família, com uma abrangência de aproximadamente 13,5%, cobrindo uma população de 23.828 pessoas em 1998. Em 2011 ela passa a cobrir oitenta e

quatro por cento da população, territorializando um total de aproximadamente quarenta e quatro mil e oitocentos e cinquenta pessoas. Esses números representam além do empenho por parte da administração local, como também pelo aumento nos recursos financeiros repassados para ESF nesses anos, e com isto possibilitou uma maior organização por parte dos gestores para ampliar e equipar as unidades de saúde da família.

No decorrer destes anos, a ESF recebeu novas unidades de saúde, todas equipadas, com aparelhos indispensáveis aos procedimentos realizados a atenção primária a saúde. Equipamentos que trouxeram praticidade para a realização de diagnóstico e melhorias no atendimento aos usuários. Também foi ampliado o quadro de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS, possibilitando as famílias adscritas, mais acesso à saúde e melhorias nos atendimentos a saúde.

Outro fator importante que observamos no decorrer das entrevistas com os usuários relaciona-se ao profissional médico, que tem menos contato com a população adscrita, isto é, é o que menos se envolve com a comunidade. Quando referimos aos usuários sobre os atendimentos nas unidades, muitos usuários de varias unidades (Industrial, Cidade Jardim e Santo Antônio) mencionaram preferirem ser diagnosticados por enfermeiros do que serem encaminhados para outras unidades de atenção secundária para tratamento com médicos. Isso deve ser um fator preocupante e deve ser analisado pelo gestor da ESF em Pirapora, tendo em vista que estes profissionais devem ter dedicação exclusiva a essa estratégia.

Com a dimensão simbólica, foi possível compreender a saúde de Pirapora e, sobretudo, como a ESF desenvolve seus projetos e ações perante a sociedade adscrita. Diante disso, percebemos a importância que os profissionais da saúde têm na vida das famílias, entre eles esta os ACS. Estes perante a sociedade piraporense não representam apenas profissionais da saúde, mas, são considerados pelos usuários como membros de suas famílias. Percebemos também que estes profissionais ACS sentem carinho pelas famílias visitadas. Essa troca faz da ESF uma estratégia diferenciada e capaz de modificar a saúde das famílias e da comunidade.

Embora a ESF de Pirapora apresentasse bons resultados em termos de crescimento e abrangência física, de equipamentos e recursos humanos, ainda assim, a pesquisa apontou algumas questões que ainda será um desafio para os gestores e demais profissionais da saúde, tais como, diminuir a mortalidade infantil. Visto que uma das prioridades da ESF é combatê-la. Em Pirapora, os dados apontaram que ainda é necessário mais empenho por parte dos profissionais da saúde em criar projetos e ações de saúde capazes de modificar a realidade vivida pelos piraporenses.

Outro fator importante apontado pela pesquisa foi a falta de diálogo existente entre os profissionais da saúde. Havendo mais discussões sobre os territórios e sobre as condições de vida e saúde da comunidade assistida, seria possível compreender melhor os problemas contidos nos territórios e solucioná-los.

Espera-se que este trabalho possa contribuir para a organização de projetos e ações na ESF em Pirapora, assim como possa evidenciar as contribuições da geografia nas análises do Sistema Único de Saúde no país.

REFERÊNCIAS

ALVES, Gehysa G.; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, jan. 2011.

ARAÚJO, Aneide Oliveira; OLIVEIRA, Marcelle Colares. **Tipos de pesquisa**. Trabalho de conclusão da disciplina Metodologia de Pesquisa Aplicada a Contabilidade - Departamento de Controladoria e Contabilidade da USP. São Paulo, 1997. Mimeografado

BARCELLOS, Cristovam; MONKEM, Mauricio. Instrumento para o diagnóstico Socio-sanitário no Programa Saúde da Família. In. FONSECA, Angélica Ferreira.; CORBO, Ana Maria De .(Org.) **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro, Ed. Fundação Getúlio Vargas, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de atenção básica**. Departamento de atenção básica. Auto avaliação da melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. AMQ/ Ministério da saúde. Departamento da atenção básica – Brasília: Ministério da Saúde. 2012. 134p.:II (serie B. textos básicos de saúde)

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **A pergunta a várias mãos**: a experiência da pesquisa no trabalho do educador. Saber com o Outro. São Paulo: Cortez, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

BOFF, Leonardo. **A água e a galinha**: uma metáfora da condição humana. 27. ed. Petrópolis – RJ, 1998, 17p.

CARDOSO, Lucio. **A maleita**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2005.

CERVO, Amado; BERVIAN, Pedro. **A metodologia científica**. 4.ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

COHN, Amélia. **Saúde da família e SUS**: convergência e dissonância. Rio de Janeiro: Beco do açougue; São Paulo: CEDC, 2009.

DEGANI, Vera Catarina. **A resolutividade dos problemas de saúde: Opinião de usuários em uma unidade básica de saúde.** P197 – dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem na UFRGS, Porto Alegre, 2002.

DA MATTA, Roberto. **Relativizando: uma introdução à antropologia social.** Petrópolis: Vozes, 1981.

DEMO, P. **Metodologia científica em saúde.** São Paulo: Atlas, 1981.

DUBOIS, Philippe. **O ato fotográfico.** 3. 3d. Campinas – SP: Papirus, 1999, 356p. (Serie Ofício de Arte e Forma).

DIOGO, Carlos Silva. **Impacto da relação cidadão – sistema de triagem de Manchester na requalificação das urgências do SNS.** P 214 - Dissertação mestrado. Instituto Superior das ciências do trabalho e da empresa. Escola de gestão - ISCATE. Dezembro de 2007.

FONSECA, Angélica Ferreira (org). **O território e o processo saúde – doença. Rio de Janeiro:** EPSJV/Fiocruz, 1997.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido.** São Paulo, 2005.

GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** 4. ed. Ed. Vozes, 2002.

GOBBI, Wanderleia Aparecida de Oliveira; PESSOA, Vera Lucia Salazar. Pesquisa Qualitativa em geografia: reflexões sobre o trabalho de campo. In: RAMIRES, Julio Cesar de Lima; PESSOA, Vera Lucia Salazar. **Geografia e Pesquisa Qualitativa nas Trilhas da Investigação.** Assis, Uberlandia 2009, p.485 – 506.

GODIM, Grácia Maria de Miranda, Monken, Mauricio. Territorialização em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil, LIMA, Julio Cesar França. **Dicionário da educação profissional em saúde.** 2ed. Ver. Ampl. Rio de Janeiro: EPSJU, 2008, 480 p.

GODIN, Garcia Maria de Miranda et AL. **O território da saúde:** organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Barcellos, Cristovam. Território, ambiente e saúde. RJ: Fio cruz, 2008.

GODOY, Arilda Schmidt. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades.** Revista de administração de empresas, São Paulo, v35, n.57 – 63. mar/Abril, 1995.

GOLDSTEIN, Roberta A. et al A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 45-56, 2013.

GOULART, Flávio Alberto de Andrade. **Saúde da Família**: Boas práticas e círculos virtuosos. Uberlândia: EDUFU, 2007, 238p.

GOLDENBERG, M. *A arte de Pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo. Atlas. 1991.

GIOVANELLA, Ligia.; FLEURY, Sônia M. . Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.). **Política de saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 177-98.

GUATARRI Félix; ROLINK, Suely. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1986

HAESBAERT, Rogério. Dilemas de conceito: espaço-território e contenção territorial. In: SAQUET, Marcos Aurélio; SPÓSITO, Eliseu Silvério. **Territórios e territorialidades**: teorias, processos e conflitos. São Paulo: Expressão Popular, 2009. p. 95-120.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Rio de janeiro: Vozes, 1998. Vol. I e II (1 ed. Em alemão 1927).

HAESBAERT, Rogério. **Territórios alternativos**. São Paulo: Contexto, 2006.

MARCOS, Valéria. **Trabalho de campo em geografia**: Reflexões sobre uma experiência de pesquisa participante. Boletim Paulista de Geografia. Número 84, São Paulo, Jul.2006, p. 105 a 136.

MACHADO, Cristiane Vieira; LIMA, Luciana Dias. Configuração institucional e o papel dos gestores no SUS. In: MATTA, Gustavo Correa; PONTES, Ana Lucia de Moura Pontes (Orgs). **Políticas de saúde**: A organização e a operação do SUS. I Ed. Rio de janeiro. EPSJV – Fio Cruz, 2000, p. 139 – 162.

MAGALHÃES, Sandra Célia Muniz. **Fatores determinantes na ocorrência de tuberculose no Norte de Minas Gerais**. Montes Claros, Unimontes, 2013, p.274.

MENDES, E.V. et al. **Distritos Sanitários: conceitos** chave. In: MENDES, E.V. (Org.). Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.

MENDES, E.V. O processo social de distritalização da saúde. In: MENDES, E.V. (Org.). **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1993

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo - Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1992.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAS GERAIS. **Constituição do Estado de Minas Gerais.** Disponível em:<http://www.recivil.com.br/page.asp?intIndex=85>. Acesso em: 14 jul.2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de atenção básica. Departamento de Atenção Básica. Política nacional da Atenção Básica. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento da Atenção básica. 4.ed – Brasília, Ministério da Saúde 2007. 68p.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e reorganizar o processo de trabalho na busca de qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIA, L.C. de O. (Org). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994, p.117 – 160.

MOREIRA, Ruy. **Pensar e ser em geografia:** ensaios de história, epistemologia e ontologia do espaço geográfico. São Paulo: Contexto, 2010.

NOGUEIRA, Amélia Regina Batista. Uma interpretação fenomenológica na Geografia. In: Silva, Aldo; Galeno, Alex. (Org.). **Geografia: Ciência do Complexus.** Porto Alegre: Sulina, 2004. p. 209-236.

OLIVEIRA, Denise Leonardo Custodio Machado. Desenvolvimento local: Uma reflexão teórica sobre a indústria em Rio Claro (SP). **Simpósio de Pos-Graduação em geografia do Estado de São Paulo.** SIMPGEO – SP; VIII Seminário de Pos- Graduação em Geografia da UNESP – Rio Claro 17 a 19 de novembro, 2008, p.1208 – 1221, Campo Bela Vista, São Paulo.

OLIVEIRA, Marcelle Colares. **Análise do conteúdo e da forma dos periódicos nacionais de contabilidade.** 2001. 157 p. Tese (Doutorado em Administração). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. **Tratado de Metodologia Científica.** São Paulo: Pioneira, 1997.

PARRA FILHO, Domingos: SANTOS, João Almeida. **Metodologia científica.** 2. Ed. SP:Futura, 1998, 277p.

PEREIRA, Marta Priscila Bezerra. Competências e práticas sociais de promoção e vigilância a saúde na cidade do Recife: **O Agente de Saúde em foco.** SP: Scortecci, 2011.

PESSOA, Vanira Matos; RIGOTTO, Raquel Maria; CARNEIRO, Fernando Ferreira and TEIXEIRA, Ana Cláudia de Araújo. **Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.8, pp. 2253-2262. ISSN 1413-8123.

PESSÔA, V. L. S. **Fundamentos de Metodologia Científica para elaboração de Trabalhos Acadêmicos:** material para fins didáticos. Atualizado em Abril/2007, 130p.

PONTE, V. M. R.; OLIVEIRA, M. C.; MOURA, H. J.; BARBOSA, J. V. Análise das metodologias e técnicas de pesquisas adotadas nos estudos brasileiros sobre balanced scorecard: um estudo dos artigos publicados no período de 1999 a 2006. In: AnpCONT, 1., 2007. Gramado. **Anais...** Gramado, 2007.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder.** Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993.

RAMIRES, J. C. L. **Geografia da Atenção à Saúde em Uberlândia.** Assis Editora, 2009, 182p.

RAMIRES, Julio Cesar de Lima. Cidade e Saúde Coletiva: Conceitos e temas para um debate preliminar. Ramires, Julio Cesar de Lima (org). Cidade e saúde coletiva: Uberlândia em Debate. Rio de Janeiro: Letra capital, 2012. PP – 9 – 32.

RODRIGUES, Luciene. **A formação econômica do norte de minas e o período recente.** In: RODRIGUES, Luciene; OLIVEIRA, Marcos Fábio Martins de (org.). Formação econômica e social do norte de minas. Montes Claros: UNIMONTES, 2000. p. 105-170.

RODRIGUES, Maria José. **Estratégia de Saúde da Família em Uberlândia:** Avaliação segundo a visão de diferentes atores. 346 f.Tese de doutorado em Geografia pela Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2013.

RIO, Gisele A Pires do. O trabalho de campo na (re) construção da pesquisa geográfica: Reflexões sobre um tradicional instrumento de investigação. **Espaço Aberto.** PPGG – UFRJ, v1, n1, p. 07 – 19, 2011.

ROSA, Márcia Reis Rocha; COELHO, Thereza Christina Bahia. O que dizem os gastos com o PSF em um município da Bahia. **Ciências da Saúde Coletiva.** 16 (3):1863 -1863, 2011. Acesso em março de 2012 pelo <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n3/21.pdf>.

SACK . R. **Human territoriality:** its theory and history. Cambridge university press, 1986.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGGOTO, Raquel Maria. Território e Territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e

saúde na Atenção Básica à Saúde. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v.8 n.3, p.387-406, nov.2010/fev. 2011.

SANTOS, Milton. **A questão**: o uso do território. In: SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. São Paulo: Record, 2008. p.19-23.

SANTOS, Milton. **A natureza do Espaço, tempo, Razão Emoção**. 4.ed.7 reimpressão. SP: Editora da Universidade de SP, 2012.

SANTOS, Milton. **O retorno do território**. In: SANTOS, Milton; BECKER, Bertha. Território, territórios: ensaios sobre ordenamento territorial. Niterói: UFF, 2006. p.13-22.

SAQUET, Marcos Aurélio. **Abordagens e concepções de território**. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

SECRETÁRIA DO ESTADO DE MG, 2011. Disponível no <http://intranet.saude.mg.gov.br/>.

SILVA, A.M.R.; OLIVEIRA, M. DO S. M. DE; NUNES,E. de F.P. DE A.; TORRES, A.F. A unidade básica de saúde e seu território. In: ANDRADE, S. M. D.; SOARES, D.A.; JÚNIOR, L.C. (Org.). **Bases de Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. da UEL, 2001.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estera Muskat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. rev. e atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino à Distância da UFSC, 2001.

SILVA, Marcos Vinícius Caetano da; MENDES, Eugenio Vilaça. **Pacto de Gestão**: Da municipalização autárquica a regionalização cooperativa. Belo Horizonte: MG, Secretaria de Saúde, 2004.

SOUZA, H. M., nov./ 1999. O futuro tecido no presente. **Revista Brasileira de Saúde da Família**: 7-9.

SOUZA, M.F.F. Gestão da atuação básica: redefinindo contexto e possibilidades. Brasil. **Divulgação em saúde para debate**, 2000; 21; 7 – 14.

SOUZA, Maria de Fátima de. Programa de Saúde da Família: Estratégia de superação das desigualdades na Saúde. **Análise do acesso aos serviços básicos de saúde**. 2007. 268p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

SOUZA,, M. A. **Uso do Território e Saúde**. Refletindo sobre Municípios saudáveis. In: Ana Maria Girotti Sperandio. (Org). O processo de construção da rede de Municípios potencialmente Saudáveis. 1 Ed. Campinas: IPES Editorial, 2004, v.2, p.57 – 77.

TORREZAN, Rosiane Moraes; GUIMARÃES, Raul Borges; FURLANETTI, Maria Peregrina de Fátima Rotta. **A importância da problematização na construção do conhecimento em saúde comunitária.** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v.10 n.1,p.107-124,mar./jun.2012.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: MENDES, E.V. (Org.). **Distrito sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.

VASCONCELOS, Maria Penha C. Reflexões sobre a Saúde da Família In: MENDES, Eugenio V. **A Organização da Saúde no nível local.** São Paulo: Hucitec, 1998.

VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de pesquisa em administração.** São Paulo: Atlas, 2005.

YIN, Robert K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Roteiro de entrevistas com os Profissionais da Equipe do Programa Saúde da Família na cidade de Pirapora – MG

1- Função que desempenha na Equipe Saúde da Família:

- Médico
- Enfermeiro
- Auxiliar de enfermagem
- Agente Comunitário de Saúde

2 – Mantém outro vínculo trabalhista além do PSF

sim não

3 – Qual a sua carga horária de trabalho no PSF

4 - Fale um pouco sobre sua vivencia no PSF de Pirapora

5 - Fale um pouco sobre a sua relação com os usuários de sua equipe

6 - Fale sobre o seu trabalho diário junto à população

7 - Para você, o que o PSF representa para as famílias e a comunidade.

8 - A sua equipe de saúde da família estabelece alguma prioridade no atendimento da população cadastrada?

sim não

Se possuir prioridades, quais são?

- Atenção a crianças
- Atenção ao adolescente
- Atenção ao idoso
- Atenção ao pré-natal
- Controle de diabetes
- Controle a hipertensão
- Outros especifique _____

APÊNDICE B

Roteiro de entrevistas com os usuários do Programa Saúde da Família na cidade de Pirapora – MG

1 - Perfil dos usuários

Idade () masculino () feminino

Sexo () feminino () masculino

Escolaridade () analfabeto () básico incompleto () básico completo () médio completo () médio incompleto () superior

Profissão _____

2 – Alguém na família possui plano de saúde

() sim () não Especifique _____

3 – Qual a renda média da família:

- () Sem renda
- () Menos de um salário mínimos
- () Entre um dois salários mínimos
- () Entre três e cinco salários mínimos
- () Entre cinco e sete salários mínimos
- () Mais de sete salários mínimos

4 - Em que periodicidade você recebe visitas do Agente de Saúde na sua residência

- () uma vez por mês () uma vez a cada três meses () toda semana
- () a cada seis meses () raramente () nunca.

5 – Indique o seu grau de satisfação em relação à assistência dos profissionais da unidade de saúde

	Muito Bom	Bom	Regular	Ruim
Agentes Administrativos				
Médicos				
Enfermeiros				
Agentes de Saúde				

6 – Em sua opinião, o sistema de saúde pública em Pirapora:

() Melhorou após a implantação do PSF? Por quê? _____

() Não houve muitas mudanças com a implantação do PSF? Por quê? _____

() Piorou após a implantação do PSF? Por quê? _____

7 - Você já foi encaminhado (a) pelos médicos do PSF para realizar consultas com especialistas nos hospitais:

() sim () não

8 - como você avalia o encaminhamento entre o PSF e o Hospital

() Muito bom. Por que? _____

() Bom . Por que? _____

() Regular. Por que? _____

() Péssimo. Por que? _____

9 – Como você avalia a atuação dos profissionais do PSF.

APÊNDICE C

Roteiro de entrevistas com o Coordenador da Equipe do Programa Saúde da Família na cidade de Pirapora – MG

- 1 - Fale um pouco sobre sua vivencia e experiência no PSF de Pirapora.
- 2 - Fale um pouco sobre a sua relação com os usuários de sua equipe.
- 3 - Fale sobre o seu trabalho diário junto à população.
- 4 - Para você, o que de importante a equipe do PSF faz para a comunidade.
- 5 – Fale um pouco sobre Família, PSF e território.
- 6 – fale um pouco sobre os principais problemas enfrentados no seu cotidiano.

APÊNDICE D

Roteiro de entrevistas com o Secretário Adjunto do Programa Saúde da Família na cidade de Pirapora – MG – Questões norteadoras.

1 - Como foi realizado o planejamento para a implantação do PSF em Pirapora?

2 - Fale um pouco sobre as conquistas obtidas pelo PSF?

3 - Fale um pouco sobre a evolução das equipes do PSF na cidade de Pirapora desde a sua criação – 1998 aos dias atuais.

4 - Você saberia me dizer como foi feito a delimitação do território de cada equipe do PSF em Pirapora? Quais as prioridades para tais escolhas?

5 - Para você, o que a cidade de Pirapora possui de importante enquanto polo regional de assistência a Saúde para as cidades vizinhas?

7 – No planejamento do e estratégia do PSF em Pirapora, há alguma participação de geógrafo?

8 – Para você qual seria a importância do Geógrafo na equipe do PSF ?