UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

INSTITUTO DE GEOGRAFIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: GEOGRAFIA E GESTÃO DO TERRITÓRIO

O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRETÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

IARA MARIA SOARES COSTA DA SILVEIRA

UBERLÂNDIA/MG

2013

IARA MARIA SOARES COSTA DA SILVEIRA

O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRETÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Geografia.

Área de Concentração: Geografia e Gestão do Território.

Orientador: Prof. Dr. Júlio César de Lima Ramires.

Uberlândia/MG

INSTITUTO DE GEOGRAFIA

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

S587e 2013

Silveira, Iara Maria Soares Costa da, 1952 -

O Processo de territorialização da Estratégia Saúde da Família no bairro Morrinhos-Montes Claros/MG: uma contribuição geográfica/ Iara Maria Soares Costa da Silveira. – 2013.

508 f. : il.

Orientador: Júlio César de Lima Ramires.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Geografia.

Inclui bibliografia.

1. Geografia - Teses. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil) - Teses. 3. Saúde da família - Teses. I. Ramires, Júlio César de Lima. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Geografia. III. Título.

CDU: 910.1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Programa de Pós-Graduação em Geografia

IARA MARIA SOARES DA COSTADA SILVEIRA

"O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica".

Prof. Doutor Júlio Cesar de Lima Ramires - UFU

Profª. Doutora Maria Araci Magalhães – IFNMG - Salinas

Professor Doutor Paulo Cézar Mendes – UFU

Prof. Doutor Winston Kleiber de Almeida Bacelar - UFU

Profª. Doutora Magda Valéria da Silva – UEG

Data: 27 / 09 de 2013

Resultado: aprovada com distinção

Dedicatória

A Deus toda honra e glória.
Aos meus pais e esposo (*in memoriam*) eternas saudades.
Aos meus filhos, genro e noras pela colaboração, incentivo e confiança em meus estudos.
Aos meus netos, uma boa reflexão para os dias futuros.
Aos colegas e alunos do curso de Geografia da Unimontes.
E àqueles que me consideram como amiga.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me capacitou e honrou sem eu nada merecer; por isso eu declaro: “Grandes coisas fez o Senhor por mim, pelas quais estou alegre” *“[...] Digno é o Senhor de honra e glória [...]”*.

Aos meus familiares, motivação na luta e no exemplo. Meu especial reconhecimento a Ana Flávia, filha querida e a Denise Maria estimada nora, pela imprescindível colaboração nesta jornada. A Anna Carolina minha neta e companheira fiel. Aos meus filhos Daniel Flávio e Mário Sérgio, ao meu genro André e a minha nora Marineide agradeço pelo incentivo e compreensão. Aos meus netos que me incentivaram na jovialidade. À tia Anita, pelo amor e dedicação. A Joel e Celeste, cunhados sempre presentes. Que Deus os recompense, sem vocês esta trajetória não seria concluída.

Ao meu orientador Júlio César de Lima Ramires, pela competência, humildade e disposição em servir, que me permitiu avançar dentro das minhas limitações.

Aos Professores Maria Araci Magalhães, Paulo Cézar Mendes, Winston Kleiber de Almeida Bacelar e Magda Valéria da Silva, pelas orientações e contribuições na tese, auxiliando de forma direta com a pesquisa.

À Universidade Federal de Uberlândia, que me oportunizou mais essa etapa. À Universidade Estadual de Montes Claros, pela confiança. À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, na concessão financeira.

Aos funcionários da Pós-Graduação em especial a João, Dilsa, Cinara e Iara, além dos colegas da Pós-Graduação do Instituto de Geografia, meus agradecimentos.

Ao Departamento de Geociências, na pessoa dos professores, Antônio Maurílio Alencar Feitosa, Márcia Verssiane Gusmão Fagundes e Maria Ivete Soares de Almeida, meu reconhecimento.

Às fieis amigas desta jornada, Geovanna, Ellen Fabiana e Elaine Cristina, também a André, Bruno, Pedro Henrique, Kairel, Thaisa e Celso Filho, pela constância e cooperação.

Às Instituições Públicas e Privadas no fornecimento dos dados secundários, entre elas a Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros através do empenho das senhoras Olívia Pereira de Loyola, Renata Fiúza Damasceno e Denise Maria Mendes Lúcio da Silveira; a Secretaria Municipal de Saúde, intermediada por Doutor Geraldo Edson Guerra, Nayara Teixeira Gomes, Ana Cláudia Rodrigues Bacchi e Edésio Cardoso Santos; ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência por meio de Bruna Alves Santos e Luiz Alberto Câmara Júnior; à Fundação Hemominas, através da chefe do setor de Captação e Cadastro de Doadores e Pacientes Rosana Silva; ao Cerest Montes Claros/Bocaiuva, intermediado pela coordenadora regional Maria Paula Prates Andrade; a Equipe Multiprofissional da Unidade Básica de Saúde Eduardo Vasconcelos, no bairro Morrinhos, através dos enfermeiros: Danielle Pereira Alves, Ludmilla Rodrigues Campolina, Paulo Afonso e Viviane Maia Santos.

A todos representantes familiares entrevistados na pesquisa e demais participantes das entrevistas que cederam parte do seu tempo para outros depoimentos.

Aos irmãos amigos nesta jornada: Dalva, Esmeralinda, Fúlvia Karine, Hélio Colares, Ione, Minervina, Maria Clara, Sheila, Shirley, Tânia, Viviane, Maria Aparecida Coimbra e à família de Walmiro Pinto, pelo amor e amizade a mim dispensada.

Às famílias das Igrejas Batista Nova Galiléia, 1ª Batista de Montes Claros e Plenitude e Graça, que durante todo o tempo oraram, abençoaram e me incentivaram nos períodos difíceis;

Enfim, a todos aqueles que por qualquer motivo deixei de mencionar e que foram importantes para a concretização desta vitória. Deus sabe quem são todos vocês, e que Ele, pois, os recompense.

Humildemente,

Iara Maria

“[...] Confie no Deus Eterno de todo o teu coração, e não se apoie na sua própria inteligência. Lembre-se de Deus em tudo que fizer, e Ele lhe mostrará o caminho certo. Não fique pensando que você é sábio; tema ao Senhor [...]”.
Provérbios 3:5-7a.

RESUMO

A saúde brasileira tem experimentado mudanças significantes com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), vindo a consolidar um novo modelo político-institucional. Experiências exitosas em alguns municípios brasileiros foram base para construção dessa política de saúde. A cidade de Montes Claros contribuiu nesta construção através do 'Projeto Montes Claros'. A regionalização é fundamental na construção desta política, desta forma, para orientar essa organização, foi instituído em Minas Gerais o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR/MG). Diante do crescimento urbano e da necessária ampliação do Sistema de Saúde, o Estado e os Municípios adotaram medidas baseadas no SUS e PDR/MG para a 'territorialização' das Estratégias de Saúde da Família (ESFs) mineiras. A Ciência Geográfica entra neste contexto como ferramenta capaz de contribuir na organização desses espaços da saúde. Desta forma, este estudo teve como objetivo analisar sobre o processo de territorialização e os conceitos utilizados na espacialização das Estratégias Saúde da Família - ESFs no bairro Morrinhos em Montes Claros – Minas Gerais, com base nas premissas do SUS e orientações delineadas pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais e Secretária Municipal de Saúde de Montes Claros – MG. A pesquisa teve caráter exploratório descritivo com abordagem quali-quantitativa, ancorada em um referencial teórico integrado à revisão bibliográfica, com o intuito de compreender quais foram os critérios utilizados para espacialização das ESFs do bairro Morrinhos. Para a concretude e êxito do estudo realizaram-se visitas *in loco*, análises documentais, observações, entrevistas estruturadas e semiestruturadas que resultaram na confecção de mapas, quadros, tabelas, gráficos, além de ilustrações concernentes ao estudo. A pesquisa demonstrou que as ESFs realmente são reconhecidas em seus propósitos pelos usuários do Sistema, e que estudos desse âmbito demonstram que a Geografia pode contribuir para organização e gestão dos espaços das ESFs, sendo que a categoria Território nos seus contextos tem sido mais recomendada para a proposta do SUS.

Palavras Chave: Sistema Único de Saúde – Estratégia Saúde da Família – Geografia – Território – Regionalização

ABSTRACT

The Brazilian health has experienced significant changes with the implementation of the public health system call Sistema Único de Saúde (SUS). This system becomes a new political-institutional model. Successful experiences in some cities were building the foundation for this health policy. The city of Montes Claros contributed for this construction through the 'Project Montes Claros'. Regionalization is an instrumental in the construction of this policy. To guide the organization, the Director Plan of Health Regionalization (PDR/MG) was established in the state of Minas Gerais. In the face of urban growth and the necessary extension of the Health System, the State and the cities adopted measures based on SUS and PDR/MG for the ' territorialisation' of the Estratégia Saúde da Família (ESF), the strategy that organize the primary attention in health. The Geographic Science enters in this context as a tool capable of contributing to the organization of these areas of health. Thus, this study aimed to analyze about the process of territorialization and concepts used in the spatial strategies of the Family Health - FHS in Morrinhos neighborhood in Montes Claros - Minas Gerais, based on the assumptions of the NHS and guidelines outlined by the Ministry of Health , Health Department of the State of Minas Gerais and Municipal Secretary of Health of Montes Claros – MG.The research was descriptive and exploratory with a qualitative and quantitative approach, anchored in literature review for understand what were the criteria used for the spatialization of ESFs in Morrinhos neighborhood. For concreteness and success of the study, *in loco* visits were realize, as well as desk reviews, observations, structured and semistructured interviews that resulted in construction of maps, charts, tables, graphs, and illustrations. The research showed that the ESF really are recognized in their purposes by users of the system, and that studies like that can show that geography can contribute to the organization and management of ESF spaces, and the category ‘Territory’, in their contexts, have been recommended for the propose of SUS.

Key Words: Sistema Único de Saúde – Estratégia Saúde da Família – Geography – Territory – Regionalization

LISTA DE FIGURAS

Figura 01	Princípios Doutrinários e Organizativos do Sistema Único de Saúde – SUS	77
Figura 02	Modelo de Qualificação das Regiões de Saúde na Assistência à Saúde para os Estados	81
Figura 03	Croqui do Território do Morrinhos I	127
Figura 04	Croqui dos Territórios dos Morrinhos II e III	128
Figura 05	Mapa dos Setores Censitários correspondentes ao bairro Morrinhos, segundo IBGE/2000	134
Figura 06	Distritos de Montes Claros: 1- Nova Esperança; 2- Vila Nova de Lima; 3 e 4 – Santa Rosa de Lima.	142
Figura 07	Níveis Assistenciais de Saúde propostos pelo PDR/MG e seus respectivos fluxos	153
Figura 08	Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde	155
Figura 09	Sistema Piramidal Hierárquico para a Rede de Atenção à Saúde Poliárquica	156
Figura 10	Vista aérea parcial da cidade Montes Claros-MG na década de 1970 - Período do Projeto Montes Claros	187
Figura 11	Diferentes Instituições de Saúde da cidade de Montes Claros	196
Figura 12	Fundamentos Norteadores do Projeto Montes Claros	213
Figura 13	Hospital de Caridade em Montes Claros MG- 1877	229
Figura 14	Terreno e edificações deixadas para Santa Casa de Caridade, doado pelo Major Daniel Pereira Costa (1908)	230

Figura 15	Fases de modernização da Santa Casa nos anos de 1977-2012	232
Figura 16	Vista Panorâmica do Hospital Santa Terezinha	235
Figura 17	Centro de Saúde de Montes Claros (ontem), Policlínica Hermes de Paula (hoje)	237
Figura 18	Hospital Universitário Clemente de Farias- HUCF	241
Figura 19	Casa da Gestante do HUCF	242
Figura 20	Casa de Referência Regional em Saúde do Trabalhador	243
Figura 21	Casa de Apoio Doutor Pedro Santos (acima) e vista Panorâmica do Hospital Dilson Godinho (abaixo)	245
Figura 22	Símbolo do Prontocor e vista parcial do Hospital	249
Figura 23	Vista Parcial do Hospital PRONTOMENTE	251
Figura 24	Vista Panorâmica do Hospital Aroldo Tourinho	254
Figura 25	Vista panorâmica da atual estrutura da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros	255
Figura 26	Hemocentro Regional de Montes Claros	257
Figura 27	Vista panorâmica do PRMC	259
Figura 28	Vista panorâmica da Policlínica Ariosto Correia Machado	260
Figura 29	Vistas Parciais do Hospital Municipal Alpheu de Quadros	262
Figura 30	Policlínica Dr. Hélio Sales	264
Figura 31	Vista Panorâmica do Centro de Reabilitação Física	265
Figura 32	Estrutura Oferecida para Abrigar o Programa Saúde da Mulher	266

Figura 33	Vista parcial das estruturas externa e interna do Hospital	267
Figura 34	Sede do SAMU 192, Montes Claros	298
Figura 35	Quadro de Godofredo Guedes	307
Figura 36	Igreja do Morrinhos restaurada	308
Figura 37	Símbolos do bairro Morrinhos: 1-Mercado Sul; 2-Rua Melo Viana; 3-Rua Santa Efigênia; 4-Rua Circular; 5-Linha Férrea; 6-Igreja Senhor do Bonfim; 7-COPASA; 8-InterTV Grande Minas; 9-Rádio 98 FM	310
Figura 38	Vista Panorâmica Parcial da Praça Manoel Quatrocentos do Bairro Morrinhos	311
Figura 39	1- Viaduto Chico Ornellas; 2- Viaduto Manuel Emiliano; 3- Residências na Rua Circular; 4- Lanchonetes; 5 e 6- Padarias; 7- Sapateiro e Revendedor de gás; 8- Material de Construção; 9-15- Acesso ao Morro pelas ruas Circular, Leonel Beirão, Santa Efigênia e Melo Viana	315
Figura 40	Vistas de edificações nas escarpas do morro no bairro Morrinhos – Montes Claros – MG, 2012	316
Figura 41	Estrutura de algumas de edificações na Ladeira João Carneiro Coelho, Morrinhos.	321
Figura 42	Alguns transportes usados pelos usuários da ESF Morrinhos I, II e III	326
Figura 43	Estruturas físicas oferecidas por algumas escolas do bairro	328
Figura 44	Estrutura física das principais Igrejas do bairro Morrinhos	332
Figura 45	Clube dos Ferroviários	333
Figura 46	Parque das Mangueiras	334

Figura 47	Disposição dos Documentos utilizados na UBS Morrinhos	336
Figura 48	Exame Preventivo de Próstata: retirada de sangue	337
Figura 49	O bairro Morrinhos no sítio urbano de Montes Claros – MG e seu recorte, com alguns pontos de referência – 2009	350
Figura 50	Área territorial das Equipes 1, 2 e 3, respectivamente, da UBS Morrinhos e alguns pontos de referência	351
Figura 51	Vista parcial do viaduto Chico Ornellas	354
Figura 52	Avenida Leonel Beirão no entroncamento com a Rua Rio Grande do Norte	356
Figura 53	A barreira geográfica da linha férrea da Centro-Atlântica na rua Urbino Viana Morrinhos II	358
Figura 54	Entroncamento da Rua Hermelinda Sena, uma das vias de acesso do bairro Vila Luiza com a Avenida São Judas Tadeu.	360
Figura 55	Vista parcial da UBS Morrinhos - Montes Claros	364
Figura 56	Cenários diversos das condições próximas às moradias do Morrinhos III	351

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 01	Descentralização dos Serviços Regionais de Gestão das Redes da Atenção à Saúde em Minas Gerais	167
Fluxograma 02	Fluxo de atendimentos nos Hospitais Referência- SUS: Cidades Norte Mineiras – 2010	171

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01	Doenças dos usuários das ESFs do bairro Morrinhos da Cidade de Montes Claros-MG em 2010 e 2012	124
Gráfico 02	Demonstrativo de Internações Hospitalares por Prestador de Serviço em Montes Claros	268
Gráfico 03	Crescimento Populacional de Montes Claros 1960 a 2010	271
Gráfico 04	Usuários das ESFs por Faixa Etária – Montes Claros	283
Gráfico 05	SAMU – Tipos de Atendimentos na Macronorte	299
Gráfico 06	Transportes mais usados pelos usuários da ESF Morrinhos I, II e III	325
Gráfico 07	Famílias entrevistadas e participação no processo de territorialização	378
Gráfico 08	Número de famílias nas ESFs Morrinhos I, II e III, Número de famílias entrevistadas e Proporção de famílias entrevistadas que participaram do processo de territorialização por ESF	379
Gráfico 09	Quais os recursos utilizados para o processo de territorialização do bairro Morrinhos?	383
Gráfico 10	Avaliação da relação dos usuários com os profissionais das ESFs	392
Gráfico 11	Avaliação do funcionamento e localização da UBS feita pelos usuários	395
Gráfico 12	Motivos que geram a dificuldade de acesso à UBS	396
Gráfico 13	Distribuição Funcional dos Funcionários na UBS Morrinhos	404

Gráfico 14	Funcionários entrevistados e participação no processo de territorialização	406
Gráfico 15	Avaliação da participação da comunidade do bairro Morrinhos no processo de territorialização da localidade	407
Gráfico 16	Órgãos que participaram do processo de territorialização das ESFs do bairro Morrinhos além da SMS	409
Gráfico 17	Recursos utilizados para o processo de territorialização do bairro Morrinhos na visão dos funcionários	410
Gráfico 18	Dificuldades para realizar o trabalho relatados pelos funcionários	411

LISTA DE MAPAS

Mapa 01	Território das Estratégias Saúde da Família – ESFs da área urbana de Montes Claros – ano 2012	138
Mapa 02	Territórios das Estratégias Saúde da Família – ESFs da zona rural do município de Montes Claros – MG, ano 2013	141
Mapa 03	Unidades Básicas de Saúde em Montes Claros – MG, ano 2012	144
Mapa 04	Unidades de Saúde da cidade de Montes Claros – MG, 2012	145
Mapa 05	Regiões Ampliadas de Saúde de Minas Gerais e suas respectivas cidades polo – ano 2011	163
Mapa 06	Regiões de Saúde de Minas Gerais – ano 2011	165
Mapa 07	Regiões de Saúde de Minas Gerais com destaque para o Norte de Minas – ano 2011	166
Mapa 08	Região Ampliada de Saúde Norte e seus respectivos Municípios ano 2011	170
Mapa 09	Cidades do Norte de Minas com Hospitais de Referência/SUS: Dinâmica de Fluxo de Atendimentos segundo Nível de Complexidade – ano 2012	175
Mapa 10	Área de influência da Região de Saúde Montes Claros/Bocaiuva – ano 2011	177
Mapa 11	Região Ampliada de Saúde Norte: Hierarquia Urbana com Base nos níveis de complexidade dos Serviços de Saúde	178
Mapa 12	Região Ampliada Norte com destaque para as Regiões de Saúde sob a jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros – ano 2011	180

Mapa 13	Localização da Região de Saúde Montes Claros/Bocaiuva na Região Ampliada de Saúde Norte de Minas Gerais – ano 2011	182
Mapa 14	Crescimento Urbano de Montes Claros – MG e na Área da ESF Morrinhos – Anos de 1970 a 2011	272
Mapa 15	Influência do Município de Montes Claros na Microrregião de Montes Claros/Bocaiuva – ano 2012	274
Mapa 16	Municípios do Norte de Minas com Atendimento do SAMU	296
Mapa 17	Localização do bairro Morrinhos na cidade de Montes Claros/MG	304
Mapa 18	Localização da ESF Morrinhos I, II e III em Montes Claros/MG	306
Mapa 19	Hipsometria da Cidade de Montes Claros e da Área de Abrangência da ESF do Bairro Morrinhos I, II e III.	314
Mapa 20	Montes Claros e as ESFs do bairro Morrinhos I, II e III: ocupação legal e ilegal por classe de baixa renda – ano 2011	318
Mapa 21	Montes Claros e as ESFs do Bairro Morrinhos I, II e III: Solo Urbano e a concentração de edificações – ano 2011	322
Mapa 22	Montes Claros e as ESFs do bairro Morrinhos I, II e III: densidade de concentração das edificações e das classes de renda – ano 2011	324
Mapa 23	Infraestrutura: bairros Morrinhos e Vila Luiza – ano 2011	329
Mapa 24	Território de abrangência da Estratégia Saúde da Família – ESF Morrinhos I – ano 2012	353
Mapa 25	Área de atuação da ESF Morrinhos I dividida em microáreas – ano 2012	355

Mapa 26	Território de abrangência da Estratégia Saúde da Família – ESF Morrinhos II – ano 2012	357
Mapa 27	Área de atuação da ESF Morrinhos I dividida em microáreas – ano 2012	359
Mapa 28	Território de abrangência da Estratégia Saúde da Família – ESF Morrinhos III – ano 2012	361
Mapa 29	Área de atuação da ESF Morrinhos III dividida em microáreas – ano 2012	363
Mapa 30	Território de abrangência das Estratégias Saúde da Família – ESFs Morrinhos I, II e III – ano 2012	367
Mapa 31	Mapeamento das condições de saúde por domicílio – Morrinhos I	369
Mapa 32	Mapeamento das condições de saúde por domicílio – Morrinhos II	370
Mapa 33	Mapeamento das condições de saúde por domicílio – Morrinhos III	372

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Aspectos gerais – bairro Morrinhos nos anos 2010 e 2012	123
Quadro 02	Estratégia Saúde da Família por bairros na Área Urbana de Montes Claros, 2012	139
Quadro 03	Estratégia Saúde da Família na Área Rural de Montes Claros, 2012	142
Quadro 04	Municípios do Norte de Minas que apresentam hospitais referenciais, e suas respectivas unidades hospitalares em 2010	172
Quadro 05	População da Região de Saúde Montes Claros/Bocaiuva	181
Quadro 06	Jurisdição da Superintendência Regional de Saúde Montes Claros - Levantamento das UBS em suas Modalidades – 2012	184
Quadro 07	Principais Serviços e Modalidades- Hospital Santa Casa (ANEXO V)	479
Quadro 08	Módulo Profissional de Médicos Especialistas - Hospital Santa Casa de Montes Claros- 2012 (ANEXO II)	476
Quadro 09	Módulo Profissional - Hospital Santa Casa de Montes Claros- 2012 (ANEXO III)	477
Quadro 10	Módulo Profissional - Hospital Santa Casa de Montes Claros- 2012 (ANEXO IV)	478
Quadro 11	Projetos em Saúde/Unimontes/HUCF com foco na Atenção Primária (ANEXO VI)	481
Quadro 12	Principais Serviços, Modalidades e Atendimentos - Hospital Dílson Godinho.	248

Quadro 13	Cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal das ESFs	275
Quadro 14	Rede Física Municipal do SUS em Montes Claros	279
Quadro 15	Usuários das ESFs por Faixa Etária no ano de 2012 - Montes Claros – MG	282
Quadro 16	Gestantes Atendidas nas ESFs em Montes Claros – 2012	284
Quadro 17	Tratamento de Água dos Domicílios de Montes Claros – 2012	285
Quadro 18	Qualidade em Moradias – população de Montes Claros, 2012	286
Quadro 19	Abastecimento de Água da População de Montes Claros – 2012	286
Quadro 20	Destino do lixo de Montes Claros – 2012	286
Quadro 21	Levantamento UBS/SRS do Município de Montes Claros	288
Quadro 22	Policlínicas e suas especialidades em Montes Claros	294
Quadro 23	Número de Médicos em Montes Claros por Especialidades (ANEXO VII)	483
Quadro 24	Serviços de Saúde Contratados pelo Município de Montes Claros (ANEXO VIII)	484
Quadro 25	Atendimentos do SAMU 192 Municípios da Macro Norte-MG – Janeiro a Dezembro de 2011 (ANEXO IX)	485
Quadro 26	Consolidado dos Serviços Prestados – Central de Regulação Médica das Urgências de 2009 a fevereiro de 2013	297
Quadro 27	Tipos de Moradias - Morrinhos I,II, III	317
Quadro 28	Tratamento de Água nos Domicílios – Morrinhos I,II, III	320
Quadro 29	Destino Fezes/ Urina - Morrinhos I,II, III	320
Quadro 30	Opinião dos entrevistados quanto às dificuldades físicas e	

sociais do bairro e à afetividade 385

Quadro 31 Opinião dos entrevistados quanto às dificuldades físicas e sociais do bairro e à afetividade 386

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Tipologia de Enfermidades por Famílias Cadastradas	338
Tabela 02	Distribuição Numérica e Percentual dos Usuários Participantes da Pesquisa, Segundo Sexo UBS Morrinhos- Montes Caros- MG -2012	374
Tabela 03	Distribuição Numérica e Percentual dos Usuários Participantes da Pesquisa, Segundo Sexo Masculino, Idade, UBS Morrinhos- Montes Caros- MG -2012	375
Tabela 04	Distribuição Numérica e Percentual dos Usuários Participantes da Pesquisa, Segundo Sexo Feminino, Idade, UBS Morrinhos- Montes Caros- MG -2012.	375
Tabela 05	Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo grau de escolaridade, UBS Morrinhos- Montes Claros MG -2012.	376
Tabela 06	Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo renda mensal familiar, UBS Morrinhos- Montes Claros MG -2012.	377
Tabela 07	A comunidade foi convidada a participar do processo de territorialização?	380
Tabela 08	Além da Secretaria Municipal de Saúde, quais foram os outros órgãos participantes deste processo de territorialização?	381
Tabela 09	No período da divisão do território da saúde do bairro Morrinhos, os entrevistadores foram na maioria moradores do bairro?	382
Tabela 10	Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo serviços públicos de saúde utilizados,	

	UBS Morrinhos- Montes Claros MG -2012	389
Tabela 11	Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo marcação de consultas , UBS Morrinhos- Montes Claros MG -2012.	391
Tabela 12	Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo a quantidade de funcionários para o atendimento na Atenção Básica, UBS Morrinhos- Montes Claros MG -2012.	394

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACD	Assistente de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADA	Associação Americana de Diabetes
ADENOR	Agência de Desenvolvimento da Região Norte de Minas Gerais
AI	Ato Institucional
AIS	Ações Integradas e Saúde
ANA	Agência Nacional de Águas
ANS	Agência Nacional de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
ASB	Atendente Saúde Bucal
ASCOM	Assessoria de Comunicação
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento
CAETAN	Centro Ambulatorial de Especialidades Tancredo Neves
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CAP	Centro de Atenção Psicossocial
CAP AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAP II – TM	Centro de Atenção Psicossocial Tratamento em Saúde Mental
CASU	Centro de Atendimento ao Servidor da Unimontes
CCBS	Centro de Ciências Biológicas da Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEPAL	Comissão Econômica das Nações Unidas para a América
CEREST	Centro Referência em Saúde dos Trabalhadores
CF	Constituição Federal
CIBs	Comissões Intergestores Bipartites
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CONASP	Conselho Consultivo da Administração Previdenciária
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
CNCDO	Central de Notificação, Captação e Doação de Órgãos
CNRS	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COS	Centro de Oftalmologia Social
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CRS	Centro Executivo Regional de Saúde
CRVM	Cirurgia De Revascularização Miocárdica

CTA	Conselho Técnico Administrativo
CTI	Centro de Terapia Intensivo
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DMPs	Departamentos de Medicina Preventiva
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EACS	Estratégia do Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESFs SB MI	Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal – Modalidade I
ESFs SB MII	Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal – Modalidade II
ETA	Estação de Tratamento de Água
ESURB	Empresa Municipal de Serviços, Obras e Urbanização
FAFIL	Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FHEMIG	Fundação Hospitalar de Minas Gerais
FUNED	Fundação Ezequiel Dias
FUNM	Faculdade de Medicina de Montes Claros
FUNM	Fundação Norte Mineira de Ensino Superior
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde

GEOMINAS	Geoprocessamento em Minas Gerais
GM	Gabinete do Ministro
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
GRS	Gerências Regionais de Saúde
GRS-NM	Gerências Regionais de Saúde-Norte de Minas
GTH	Grupo de Trabalho e Humanização
HAT	Hospital Aroldo Tourinho
HDR	High Dynamic Range (Alta Taxa de Dose)
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
HEMOMINAS	Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais
HIV	HumanImmunodeficiency Vírus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
HPV	Vírus do Papiloma Humano
HLA	Humanleukocyteantigen (Antígeno Leucocitário Humano)
HU	Hospital Universitário
HUCF	Hospital Universitário Clemente de Faria
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDA	Integração Docente Assistencial
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IEPHA/MG	Instituto Estadual do Patrimônio Histórico e Artístico de Minas Gerais

IFNMG	Instituto Federal do Norte de Minas Gerais
IGRT	Image Guided RadiationTherapy (Radioterapia Guiada por Imagem)
IMRT	Intensity-ModulatedRadiationTherapy (Radioterapia por Modulação de Intensidade do Feixe)
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPPEDASAR	Instituto de Preparo e Pesquisa para Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IVB	Instituto Vital Brasil
IVUS	Intravascular Ultrasound (Ultrassom Intracoronariano)
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MG	Minas Gerais
MPAS	Ministério de Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência á Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NASPI	Núcleo de Saúde Pitágoras
NEP	Núcleo de Educação Permanente
OCT	OpticalCoherenceTomography (Tomografia de Coerência Óptica)

OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários em Saúde
PDAPS	Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMAQ- AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMC	Projeto Montes Claros
PMMC	Prefeitura Municipal de Montes Claros
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRONTOCOR	Pronto Socorro do Coração
PRONTOMENTE	Clínica Psiquiátrica de Repouso
PSF	Programa Saúde da Família
ReforSUS	Reorganização do Sistema Único de Saúde
RPG	Reeducação e Postural Global

RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional dos Serviços de Saúde
SADT	Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEDS	Secretaria de Estado de Defesa Social
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SISSNM	Sistemas Integrados de Serviços de Saúde do Norte de Minas
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SID	Sistema de Informação e Documentação
SIGAF	Sistema Integrado de Gerenciamento e Assistência Farmacêutica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUDENE	Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Computadorizada
TCE	Traumatismo Cranioencefálico
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UEG	Universidade Estadual de Goiás

UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UNACON	Unidade de Terapia Nutricional e Oncológica
UNIMONTES	Universidade Estadual de Montes Claros
USAID	United States Agency for International Development
US	Unidades de Saúde
USA	Unidades de Suporte Avançado
USB	Unidades de Suporte Básico
USF	Unidade Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTM	Universal Transverse Mercator

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO		36
CAPÍTULO 1	A TRAJETÓRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS	52
1.1	A trajetória da Previdência Social Brasileira e os Reflexos na Saúde	53
1.2	O agravamento da crise na saúde e a consolidação da rede privada em saúde	62
1.3	O Sistema Único de Saúde: princípios, doutrinas e organização	71
CAPÍTULO 2	CATEGORIAS GEOGRÁFICAS - UTILIZAÇÕES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO	85
2.1	A historicidade da categoria Região na Geografia e na Saúde	86
2.2	As premissas da categoria Território: a conquista de novos paradigmas na Geografia e na Saúde	93
2.3	O Lugar como categoria alusiva ao Território	106
2.4	A Estratégia Saúde da Família e o Processo de Territorialização	109
2.5	Os territórios de atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família	120
CAPÍTULO 3	A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM MINAS GERAIS E O PROJETO MONTES CLAROS: CONTRIBUIÇÕES PARA O SISTEMA DE SAÚDE ATUAL	147
3.1	A regionalização da saúde em Minas Gerais e suas redes como ferramenta de gestão	150
3.2	Antecedentes do Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais na região norte-mineira	168
3.3	O Projeto Montes Claros (PMC) e sua importância para a	

estruturação da saúde pública Norte Mineira 188

3.3.1 A criação do Instituto de Preparo e Pesquisa para Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural – IPPEDASAR 191

3.3.2 A segunda fase do PMC: articulações e conjunturas para a efetivação do convênio internacional 197

3.3.3 Do IPPEDASAR ao Projeto Montes Claros: a experiência da Atenção Primária 204

3.3.4 A integração do PMC ao Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS 213

3.3.5 A reorganização dos serviços de saúde regionais após o PMC 218

3.4 O Período de transição do PMC para SUS no Território da cidade de Montes Claros e Região Norte Mineira 221

CAPÍTULO 4 O SISTEMA DE SAÚDE EM MONTES CLAROS: HISTÓRIA, ESTRUTURA E A SITUAÇÃO ATUAL 225

4.1 O espaço das Unidades de Saúde de Montes Claros e ações produzidas pelos agentes sociais 227

4.1.1 A criação do Hospital de Caridade em 1871 até a Santa Casa de Montes Claros 228

4.1.2 Sanatório Santa Terezinha: um marco na saúde em Montes Claros até 1971 234

4.1.3 Ontem - Centro de Saúde Montes Claros. Hoje - Policlínica Hermes de Paula 236

4.1.4 Do Sanatório para Tuberculosos ao Hospital Universitário Clemente de Farias 238

4.1.5 Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador Região de Saúde Montes Claros/Bocaiuva - Cerest 242

4.1.6 Da Pronto-Clínica São Lucas ao Hospital Dilson Godinho 244

4.1.7 Hospital Pronto-Socorro do Coração - PRONTOCOR: o primeiro passo para a saúde do coração em Montes Claros 248

4.1.8 De Casa de Saúde Santa Catarina a Clínica Psiquiátrica de Repouso PRONTOMENTE 250

4.1.9	De Hospital São Vicente para Hospital Aroldo Tourinho	252
4.1.10	Centro Executivo Regional de Saúde - CRS	254
4.1.11	Hemocentro Regional de Montes Claros – HEMOMINAS	256
4.1.12	Presídio Regional de Montes Claros: assistência à saúde	258
4.1.13	Policlínica Ariosto Correia Machado: uma iniciativa municipal que deu certo	260
4.1.14	Hospital Municipal Dr. Alpheu Gonçalves de Quadros: uma referência para a Atenção Básica Local	261
4.1.15	Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Montes Claros: necessária emergência para o Município – Saúde Mental no SUS	263
4.1.16	Centros de Reabilitação Física e o Programa Saúde da Mulher	265
4.1.17	Hospital das Clínicas Dr. Mário Ribeiro da Silveira	266
4.2	A rede centralizadora do Sistema de Saúde de Montes Claros e as inter-relações com a Região Ampliada de Saúde Norte	269
4.3	Os Conselhos de Saúde de Montes Claros e o Serviço de Ouvidoria	277
4.4	As Iniciativas e Estruturas de Saúde no Município de Montes Claros	278
4.5	A Estratégia Saúde da Família - ESF em Montes Claros: história, propostas e ações	281
4.6	Referência e Contrarreferência na prestação de serviços de saúde na Microrregião de Montes Claros	290
4.7	As Especificidades Médicas e as Policlínicas Especializadas em Montes Claros	293
4.8	O território do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 – no Território da Região Ampliada de Saúde Norte	295
CAPÍTULO 5	UMA CARACTERIZAÇÃO SOCIOESPACIAL DO BAIRRO MORRINHOS	302

5.1 Um pouco da história e dos símbolos do Bairro 303

5.2 A Geografia, infraestrutura e aspectos socioculturais 312

5.3 Serviços de saúde realizados por grupos específicos e de Saúde Bucal na UBS Morrinhos 334

5.4 Programas de Saúde vinculados à UBS Morrinhos 342

CAPÍTULO 6 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMILIA E TERRITORIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BAIRRO MORRINHOS 347

6.1 Caracterização da UBS Morrinhos e os recortes espaciais 348

6.2 Territorialização das principais doenças nas áreas de atuação das ESFs – Morrinhos 368

6.3 Territorialização da saúde: a visão dos sujeitos sociais 373

6.3.1 Visões dos usuários sobre o Processo de Territorialização 378

6.4 A territorialização da saúde na visão dos servidores das ESFs – Morrinhos 403

CONSIDERAÇÕES FINAIS 418

REFERÊNCIAS 427

APÊNDICES E ANEXOS 452

INTRODUÇÃO

A produção de uma tese de doutorado engloba uma gama de conhecimentos, que juntos e articulados revelam a grandeza da vinculação entre a doutrina, experiência, significados e vivências. A doutrina está atrelada ao referencial teórico adotado, evento colaborador no desenvolvimento do conhecimento, que acoplado à compreensão dos problemas trouxe as condições necessárias para a concretização do estudo. A experiência, significados e vivências possibilitaram a macro análise dos aspectos sociopolíticos, culturais e organizacionais das propostas escolhidas para a pesquisa.

A Tese apresentada foi oportunizada pelo Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal de Uberlândia como requisito obrigatório na obtenção do título de Doutor. No percurso, uma vasta sucessão de recursos metodológicos e tecnológicos foi utilizada, além dos colóquios com o orientador para a elaboração final do trabalho.

Assim, o estudo discute as estruturas do Sistema Único de Saúde – SUS, sendo o principal foco a Estratégia Saúde da Família – ESF; seguidamente se discute as possíveis contribuições da Geografia como ciência na temática da Saúde. Em prosseguimento, é investigada a regionalização da saúde no estado de Minas Gerais e as contribuições do Projeto Montes Claros na configuração do SUS; a posteriori avalia-se o processo de territorialização das ESFs do bairro Morrinhos, na cidade de Montes Claros, e as possíveis contribuições desta investigação no âmbito do processo. O grande balizador dos desdobramentos da pesquisa foi o SUS, desde sua efetivação e estruturas até os aplicativos referentes ao processo de execução e práticas nas ESFs.

A Atenção Primária em Saúde – APS, desde 1978, com o evento de Alma-Ata, é avaliada como singular no aparelhamento do Sistema de Saúde e aprimoramento da qualidade de vida dos povos, entretanto existem ações diferenciadas no contexto dos países, no que concerne à organização e operacionalização do Sistema. No

Brasil, país de diferentes condições físicas e econômicas, vigoram distintos modelos, e em consequência variados aparatos tecnológicos têm sido utilizados, os quais interferem no funcionamento das redes em saúde a favor das necessidades dos cidadãos brasileiros. Para tal propósito diversos arranjos foram e têm sido executados na propagação da Atenção Primária.

Nesse sentido, é possível afirmar que as políticas de saúde, as formas e disposição dos serviços tiveram uma extensa trajetória constituída de lutas políticas e ideológicas decorrentes de diversas posições dos atores sociais envolvidos no contexto (CUNHA; CUNHA, 2001). A estrutura ora apresentada teve origem na formulação das políticas públicas de saúde, participação efetiva dos entes federados e envolvimento da população brasileira, resultando na promulgação da Constituição Federal de 1988, determinando, por intermédio do SUS, as diretrizes para que os brasileiros tivessem seus direitos garantidos no acesso aos serviços públicos de saúde, na tentativa de protegê-los legalmente no exercício da cidadania nacional.

De acordo com essa abordagem, Mendes (1999) escreveu que a partir deste evento, o “Sanitarismo campanhista” vivido nos períodos anteriores, deu lugar a uma nova visão de cuidado coletivo com a saúde, ou seja, a Atenção Integral. Infere-se, então, que a difusão do modelo perdura até nesses dias e é possível verificar os resultados positivos, mesmo diante das falhas em todo o percurso.

Segundo esta perspectiva, foi criado o Programa Saúde da Família – PSF, hoje, Estratégia Saúde Família, que tem como objetivo reorganizar o primeiro nível de atenção do sistema de saúde e atenção primária como proposta de reordenamento do setor, estabelecendo como primazia o estímulo à municipalização e descentralização. A Estratégia apropriou, recombinou, reorganizou e reordenou o âmbito da saúde, a fim de atender as necessidades da população (MENDES, 1999).

Para tal, Starfield (2002) diz que as ações e os serviços disponibilizados por intermédio das Unidades Básicas de Saúde - UBS em consonância com as ESFs e atenção primária, são diferenciados dos demais níveis assistenciais, atendendo aos atributos anteriormente propostos no Sistema: atenção ao primeiro contato,

longitudinalidade, integralidade e coordenação. O primeiro atributo está relacionado à receptividade, continuidade e efetividade do tratamento, que consequentemente acarretará em ações de promoção e prevenção de agravos em saúde.

Em 2002 foi instituído o Plano Diretor de Regionalização da Saúde no estado de Minas Gerais como proposta governamental para a saúde, em sintonia com as recomendações do SUS e as realidades físicas, socioeconômicas e da saúde, particulares ao estado, configurando, deste modo, treze Regiões Ampliadas de Saúde compartimentadas em setenta e seis Regiões de Saúde no âmbito territorial. Na organização espacial das Regiões desta Unidade Federativa, a Geografia - como Ciência - por intermédio dos seus pressupostos formadores, entre eles as categorias geográficas (espaço, região, território, lugar e suas consequentes derivações) muito contribuiu para este fim. Sendo assim, o Estado, por intermédio da Secretaria Estadual de Saúde, tem articulado os arranjos estruturais, sanitários e territoriais para as realidades vivenciadas em cada área assistencial.

A cidade de Montes Claros, nesse contexto, vem exercendo influência regional, polarizando, assim, as ações de desenvolvimento no Norte de Minas, especialmente na área da saúde. Montes Claros é hoje preconizada como cidade polo da Região Ampliada de Saúde Norte, a qual está organizada em nove Regiões de Saúde. Este aglomerado urbano diante da conjuntura regional foi englobando um Sistema de Saúde para atender as necessidades específicas a esta área, pois dela dependem, sobretudo, os níveis assistenciais de média e alta complexidade regional.

Diante do exposto, em 1996, por intermediação da gestão administrativa municipal, foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com cinco equipes; em 1998 acrescentaram-se mais duas equipes; em 1999, com a efetivação da Residência em Medicina da Família e Comunidade, mais dez equipes foram instaladas em momentos diferentes. Nos anos de 2000 a 2005 a saúde abrigou mais vinte e uma equipes, sendo dezesseis urbanas e cinco rurais.
Em 2006, com a Residência Médica já evidenciada, juntamente com o Curso de Especialização em Saúde da Família, na Modalidade de Residência para Cirurgiões Dentistas e Enfermeiros, o Odontólogo foi agregado às equipes multiprofissionais,

acabando por ampliar mais nove PSFs em Montes Claros, sendo que três deles foram instalados no bairro Morrinhos, devido às necessidades físicas e sociais geradoras do processo saúde doença. No exercício das atividades executadas pelos multiprofissionais e de acordo com a determinação do SUS, o então Programa foi alterado para Estratégia. As ESFs montes-clarenses foram ampliadas, e em 2012 somam sessenta e seis equipes na zona urbana da cidade e dez rurais nas sedes dos distritos.

Diante das três Estratégias instaladas no bairro Morrinhos, simultaneamente ocorreu o processo de territorialização da área adstrita a qual foi configurada em três meso-áreas e dezoito microáreas, seis para cada ESF, processo este baseado nas orientações do SUS, Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros. Para este fim, a seguir, está disponibilizada a trajetória metodológica da investigação.

O estudo proposto é de caráter exploratório-descritivo, sobre o processo de territorialização da saúde no bairro Morrinhos em Montes Claros – Minas Gerais tomou-se por pressuposto que a Geografia, como Ciência que estuda o espaço, tem importantes contribuições para a espacialização dos territórios de saúde, especialmente no que diz respeito aos conceitos e objetos de pesquisa com foco nas categorias geográficas, pois estas, nos contextos que lhes são peculiares, podem colaborar no âmbito da territorialização das ESFs, do espaço local ao nacional.

O espaço urbano tem sido objeto de pesquisas em distintos estudos, pois, as questões a ele inerentes são diferenciadas e vêm ganhando ênfase nos setores públicos e privados. No campo da saúde, o tema também possui singularidades, pois este se inter-relaciona diretamente com o fortalecimento das ofertas voltadas à promoção da saúde dos cidadãos, visando o aprimoramento da qualidade de vida e assegurando, assim, os direitos constitucionais essenciais ao exercício da democracia.

Sendo assim, o texto constitucional de 1988, no capítulo II, artigo 6º, determina como direitos sociais do cidadão "[...] a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, [...]". Portanto, o espaço urbano deverá estar harmonizado com serviços necessários ao desenvolvimento humano previstos na CF/88, que consequentemente irão garantir essa qualidade.

O espaço precede a formação do território e se constitui como objeto de estudo da Geografia, portanto, entende-se que esta ciência poderá contribuir como instrumento na configuração dos territórios da saúde[1]. O território traz consigo múltiplos significados, nele estão contidos os aspectos físicos, políticos, jurídicos, simbólicos, socioeconômicos, de posse e poder, dentre outros. Deste modo, os territórios possuem particularidades e significados, envolvendo princípios afetivos e históricos, que não podem ser delimitados, nem tão pouco organizados de forma aleatória ou generalizada, sem se considerar todos os arranjos nele configurados.

O estudo desenvolvido compreende o território como processo, onde a organização e demarcação são resultados da ação da população nele contida. A territorialidade é consequência das formas de apropriação desse espaço, é identitária, percebida como fator agregador do sociopolítico, isto é, dando ao território características próprias, resultantes das relações das vivências nele decorridas. A territorialização do bairro Morrinhos se fundamentou nos critérios previamente determinados para a demarcação das meso e microáreas, relacionando-as com as condições socioeconômicas (IBGE, 2000), político-administrativas (Unidade Administrativa Intersetorial/Prefeitura Municipal), como também as condições sanitárias locais e de saúde. Os gestores do processo consideraram, ainda, as informações e experiências empíricas locais, pois entenderam que estas se constituíam como marco motivador para o conhecimento do espaço/território.

Ao propor esta pesquisa muitos foram os questionamentos relacionados à Geografia da Saúde, os pontos de coesão e antagônicos, contextos individuais e equivalentes,

[1] A configuração dos territórios é discutida neste trabalho através das obras de Raffestín 1988/1993, Milton Santos 2002/2007, Haesbaert 2001/2004/ 2006, dentre outros.

além de outras ciências afins. E afinal, a contribuição que a Geografia poderá oferecer na construção dos territórios da saúde, ou seja, na delimitação física inter-relacionada aos aspectos socioeconômicos, desta forma favorecendo a construção dos limites físicos para as meso e microáreas. A partir dos fundamentos que constituem as categorias geográficas espaço, região, território e lugar, necessárias para o embasamento teórico deste trabalho, se questiona sobre as seguintes problematizações acerca do tema em questão:

- O Sistema Único de Saúde – SUS com suas doutrinas e princípios realmente habilita a Estratégia Saúde da Família nas suas ações e serviços?
- A regionalização da saúde no estado de Minas Gerais contribuiu para a configuração e estruturas das políticas de Atenção Básica para a cidade de Montes Claros?
- Quais foram os critérios utilizados para espacializar a Estratégia Saúde da Família – ESF da cidade de Montes Claros?
- O Projeto Montes Claros - PMC foi norteador das propostas do SUS para o Brasil?
- Qual a categoria geográfica é mais adequada para tratar a espacialização da Saúde? Região ou Território? Existe uma relação entre os recortes espaciais da saúde usados na cidade de Montes Claros e a regionalização geográfica?
- A Ciência Geográfica poderá contribuir para uma organização mais eficiente do espaço da saúde? E no bairro Morrinhos, quais podem ser as contribuições?

A discussão apresentada tem como fundamento os ideais e princípios do SUS, que subsidiaram, a partir da esfera global para a local, as estruturas de implantação da Atenção Básica da Saúde, por intermédio da Estratégia da Saúde da Família e consequentemente a espacialização dos territórios por ela constituídos.

Segundo Leopardi (2002), a pesquisa em saúde é mais uma oportunidade de se congregar os conteúdos científicos ao saber cotidiano, porque a partir das experiências aprende-se a perceber, a pensar e a sentir. Pensar a saúde hoje é refletir sobre as condições particulares em que se encontram os indivíduos, a sua importância para vida pessoal e coletiva. Outrossim, salienta que o objeto da

pesquisa deve possuir um método adequado que proporcione respostas claras e objetivas aos questionamentos propostos pelo pesquisador.

Para tal, o principal objetivo desta pesquisa é o de analisar sobre o processo de territorialização e os conceitos utilizados na espacialização das Estratégias Saúde da Família - ESFs no bairro Morrinhos em Montes Claros – Minas Gerais, com base nas premissas do SUS e orientações delineadas pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais e Secretária Municipal de Saúde de Montes Claros – MG.

A partir desta proposição, os objetivos específicos se constituem em: discutir a respeito da trajetória e estruturas do Sistema Único de Saúde, dentre elas a ESF; contribuir para a difusão das discussões sobre a temática “Território e Saúde”, elucidando a respeito de categorias geográficas, importantes na articulação das práticas da saúde pública brasileira; investigar sobre a regionalização da saúde no estado de Minas Gerais, e o papel de Montes Claros no contexto, além das contribuições do Projeto Montes Claros – PMC na constituição do SUS; tecer análise sobre as características e abrangências do Sistema de Saúde em Montes Claros, compreendendo sua estrutura, funcionamento e peculiaridades; descrever sobre os limites e as potencialidades socioespaciais do bairro Morrinhos como instrumentos de produção e sistematização norteadores das informações para o processo de territorialização da Estratégia Saúde da Família; avaliar o processo de territorialização da ESF no bairro Morrinhos e as relações com a política de Atenção Básica, apresentando possíveis contribuições para as ações em saúde do bairro e Município.

O embasamento teórico empregado para subsidiar os fundamentos da pesquisa foi norteado nas categorias geográficas aplicadas aos ideais do Sistema Único de Saúde, e as ESFs do bairro Morrinhos, e a partir destes, foi investigada a relação entre a Estratégia de Saúde da Família e a Ciência Geografia.

Nessa perspectiva, o estudo verificou as ações desenvolvidas pelos Técnicos da Saúde em Montes Claros no processo de territorialização do bairro Morrinhos,

dentro dos pressupostos sugeridos pelos entes federados. Diante de tais argumentos, o referencial teórico-metodológico foi articulado com o objeto da pesquisa, de forma que os mesmos proporcionassem as inter-relações necessárias para a compreensão dos objetivos propostos. O estudo também foi sustentado por pesquisa de caráter exploratório descritivo, com avaliação quali-quantitativa, empregando uma gama de fontes empíricas: a observação, análise documental e entrevistas estruturadas e semiestruradas, dentre outras.

Minayo e Sanches (1993) escrevem que o processo da pesquisa “é o fio condutor” que articula a teoria e a realidade empírica. Os mesmos autores ao referenciarem a respeito da abordagem quantitativa dizem que esta atua em níveis de realidade, tendo como objetivo a elucidação de dados, indicadores e tendências observáveis, para tal combina uma linguagem de variáveis para explicitar características e qualidades do objeto que está sendo investigado. Para Richardson (1999), o método tem a finalidade de garantir a precisão dos resultados, cuidando para evitar distorções nas análises e interpretações, o que possibilita uma margem de segurança em relação às ilações. Por outro lado, Menga e André (1986) relatam que o estudo qualitativo é necessário para promover condições naturais apropriadas, por possuir dados descritivos imprescindíveis para o desenvolvimento da pesquisa, por ser flexível e aberto, contextualizando a realidade estudada.

Ao inferir sobre os métodos qualitativos e quantitativos, Minayo e Sanches (1993), destacam que os mesmos não são opostos, tão pouco estanques, e quando empregados concomitantemente gestam os fenômenos sociais de tal forma que ao serem interpretados, torna-os mais concretos e aprofundados. Essa análise é recomendada por Tanaka e Melo (2004) na avaliação dos serviços de saúde, porquanto os mesmos são complexos e heterogêneos. A mesclagem do método proporcionará diferentes avaliações do mesmo fenômeno, gerando, assim, respostas mais autênticas. Para os autores, o método quantitativo encaminha à visão generalista do que está sendo avaliado, e o qualitativo possibilita aprofundar e explicar os aspectos universais identificados.

Informa-se ainda que o período de investigação para levantamento dos dados teve inicio em Março de 2009, e se estendeu até o final do ano de 2012, no que concerne a Unidade Básica de Saúde – UBS Eduardo Vasconcelos, do bairro Morrinhos, e algumas outras informações quanto ao sistema de saúde regional e da cidade de Montes Claros foram também usadas as referências da base de dados do ano de 2012.

Em conformidade com os objetivos delineados, o estudo teve como apoio metodológico múltiplos artifícios articulados na intenção de evidenciar os problemas aqui expostos. Primeiramente, procedeu-se a uma vasta revisão bibliográfica versada na Ciência Geográfica e contextualizada no âmbito da Geografia da Saúde, além da sistematização das políticas públicas concernentes com os propósitos do trabalho.

Leopardi (2002) orienta e expressa que a pesquisa bibliográfica se caracteriza no aprofundamento do estudo diante do material elaborado, destacando teses, monografias, artigos científicos, material impresso, publicações e por fim os livros, esses encontrados em redes eletrônicas e bibliotecas de acesso público e que muito contribuíram para a compreensão e domínio do tema estudado. Posteriormente, fontes secundárias foram consultadas através de levantamentos dos dados necessários ao objeto da pesquisa, dentre estas, fontes documentais de instituições públicas, órgãos ligados à saúde e bancos de dados disponibilizados em *sites* da *internet.* Outra etapa foi iniciada, com a organização dos dados que subsidiaram o estudo, além dos procedimentos cabíveis na elaboração de mapas específicos aos fundamentos desta tese.

Para a formulação dos mapas, utilizou-se a base cartográfica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2005), Companhia de Saneamento de Minas Gerais – COPASA-MG (2005), Geominas (2010). O software utilizado foi o Arcgis 9.3.e o Sistema de Coordenadas UTM, Zona 23, Datum Sad 1969, e o satélite WORD VIEW, 2011 (disponibilizado pelo laboratório de Geoprocessamento do Departamento de Geociências/Unimontes, para confecção dos mapas), além de dados elaborados com base nos pontos de GPS Geodésico extraídos pela COPASA

nos levantamentos topográficos para a certificação da altimetria do bairro Morrinhos em 2005. A despeito do objeto deste estudo ser o bairro Morrinhos, foi demandada parte significativa de tempo para a confecção dos mapas, prioritários à compreensão e análise da área estudada, uma vez que o embasamento do trabalho está orientado pelos paradigmas teóricos e práticos da Ciência Geográfica. Nesta óptica, é evidente que os mapas formulados poderão contribuir com as futuras pesquisas concernentes à ESF no referido bairro, bem como na disseminação do trabalho para as demais Estratégias Saúde da Família da cidade e região.

Os mapas foram ajustados dentro de uma metodologia que conglomerou todo o bairro Morrinhos em sua estrutura física e socioeconômica, além dos atributos de saúde, sendo válido salientar o uso recorrente da base de dados do IBGE, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD, Organização Mundial de Saúde – OMS, a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, a Agência de Desenvolvimento da Região Norte de Minas Gerais - ADENOR, a Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste – SUDENE, Sistema de Informação e Documentação – SID, dentre outros.

O cenário do estudo para a realização da pesquisa foram as ESFs I, II e III da UBS Morrinhos. A fim de buscar fidelidade para obtenção dos resultados foi realizada uma pesquisa fundamentada na observação participante[2] com o propósito de conhecer as bases e a prática da territorialização do bairro Morrinhos. Para tal, se optou pela aplicação de entrevistas semiestruturada, que oportunizasse a interação pesquisador/entrevistados, aqui denominados “informantes chave” (Agentes de Saúde, representantes das entidades públicas e privadas, além da população adstrita, que participaram nos processos de territorialização das ESFs), no intento de perceber presencialmente qual a impressão dos participantes nesta parte, isto é, a respeito do procedimento utilizado para a divisão dos territórios da saúde local.

Para tanto, cada família entrevistada teve um informante chave escolhido pela pesquisadora, bem como as demais que foram constituídas dos usuários dos

[2] Técnica de pesquisa onde o observador partilha na medida do possível, dos interesses ligados a um grupo de pessoas ou de uma comunidade SPRADLEY, J. P. Participant Observation.1980

serviços da UBS. Por se tratar de um bairro de grande extensão territorial, foram estabelecidos critérios para que toda a população fosse atendida, territorializando a ESF em três grandes áreas, ou seja, Morrinhos I, II, III (NARCISO *et al,* 2006). De acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica/Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde- SIAB/DATASUS (2012), 2.499 famílias foram cadastradas e para dar fidelidade à pesquisa foram entrevistadas 607 famílias do bairro Morrinhos e Vila Luiza (que foi inserida na ESF Morrinhos III em 2008), ouvindo-se 01 morador por domicílio pesquisado. Neste intento, entrevistou-se 203 representantes familiares dos Morrinhos I, 202 dos Morrinhos II e no Morrinhos III pesquisou-se 202 famílias, perfazendo assim um total de 24% de moradias cadastradas e entrevistadas, nas quais foram aplicadas questões abertas e fechadas, para a coleta de dados, levando em consideração as falas dos questionados, pois as mesmas possuem um caráter singular e coloquial, propiciando assim veracidade às entrevistas.

Minayo (2004, p 107 -110) afirma que em um trabalho de campo o pesquisador deve levar em consideração as questões de cunho científico, tanto nos fatos a serem coletados, como no modo de recolhê-los, pois a entrevista é um instrumento que privilegia a coleta de informações, oferecendo possibilidades de revelações, de condições estruturais, de sistemas de valores, símbolos e normas, através de representantes que versam sobre determinados assuntos diante das condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

Igualmente, dentre os 607 entrevistados, 192 deles foram considerados informantes-chave, segundo orientações da UBS – Morrinhos em concordância com as observações e recomendações de Tancredi *et al*, (1998), quando afirma que os informantes-chave foram selecionados porque a sua inserção na comunidade potencializa pontos de vista importantes à coletividade, esse autor recomenda que durante o exercício da pesquisa, o entrevistador deve saber ouvir, observar e inserir no contexto os pontos do senso comum para a análise das informações.

Triviños (1994, p. 138-146) escreve que o tipo de instrumento utilizado é a base do sucesso da pesquisa e que o informante entrevistado deve relatar espontaneamente

sua linha de pensamento e experiências vivenciadas, direcionadas no foco que o investigador pretende. Segundo o autor, a escolha desta ferramenta de pesquisa está baseada no marco teórico do estudo e muito contribuirá para a construção do conhecimento almejado, tornando, assim, evidente o real objetivo deste trabalho. De modo que,

> (...) o pesquisador qualitativo, que considera a participação do sujeito como um dos elementos de seu fazer científico, apoia-se em técnicas e métodos que reúnem características sui generis, que ressaltam sua implicação e da pessoa que fornece as informações (TRIVIÑOS, 1994, p. 138).

Para confirmar as ideias de Triviños (1994), Minayo (2000) aborda sobre este contexto assegurando que a preferência por uma amostragem qualitativa privilegia os sujeitos sociais que possuem bagagem de informações as quais o pesquisador almeja conhecer, e que a amostragem da comunidade estudada deve conter um número suficiente, permitindo a reincidência das informações que irão facilitar a diferenciação das mesmas em relação à pesquisa. Também evidencia que o grupo deve ser heterogêneo, pois só assim permitirá apreender as diferenças e as semelhanças das informações.

A preferência pelo instrumento presencial se justifica partindo das seguintes ponderações: mudança de endereço de moradores que participaram do processo de territorialização em 2006, para os quais a UBS não tem cadastro atualizado; expressiva parte dos “informantes-chave” selecionados são os antigos moradores do bairro e devido as suas condições de saúde precisam ter um tratamento diferenciado; maleabilidade quanto à forma de aplicação do questionário, valorizando prioritariamente uma linguagem de fácil compreensão, ordenamento das questões, de acordo com a percepção do entrevistado da moradia visitada, disponibilidade dos entrevistados quanto ao horário e local.

Sendo assim, foram elaborados dois roteiros de entrevistas (Apêndice 01 e 02) - o primeiro dirigido aos usuários da UBS e o segundo aos técnicos em saúde. Os temas selecionados tiveram consonância com os propósitos da pesquisa visando à concretude nas respostas, e que no conjunto dessas pudessem responder aos

objetivos propostos e às problematizações. Para maior segurança e ajuste dos instrumentos, um pré-teste foi executado; posteriormente, as entrevistas foram readaptadas e em seguida sucedeu-se ao início da pesquisa com a aplicação dos questionários a 24% das famílias das Microáreas, que perfazem 18 (dezoito), ou seja, 06 (seis) em cada meso-área e, no tocante aos técnicos em saúde, entrevistou-se 73% deles. Após, a manipulação e tabulação dos dados foram confeccionadas tabelas, gráficos e quadros.

Nesse direcionamento também foram efetuadas entrevistas diretas, a respeito de conteúdos importantes a serem inseridos no texto do trabalho, comprovando realidades vividas pelos técnicos de saúde em tempo e espaços diferenciados. Além disso, foram ouvidas e registradas as declarações dos gestores da saúde municipal, o Secretário Adjunto de Atenção Primária e a Coordenadora da Atenção Primária, além do Presidente da Associação do Bairro Morrinhos no período do processo de territorialização da saúde.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, muitos dos entrevistados - por questões éticas, segurança e anonimato, com receio de retaliações - não permitiram seus nomes serem citados, somente a função que exercem ou exerciam na época, por isso são denominados como E1, E2, E3... E quanto aos usuários entrevistados na pesquisa semiestruturada das ESFs I, II e III, foram numerados de 1 até 607, a mesma metodologia foi empregada para os funcionários da UBS, os quais foram identificados como F1, F2, F3, ... até F24, (o total dos profissionais da saúde entrevistados), distinguindo a área referência de cada um, ou seja, Morrinhos I, II ou III.

A despeito do tema em questão, Fortes (1988) aconselha que a ética aplicada à vida tenha favorecido reflexões referentes aos conflitos entre a biotecnologia e a vida. Portanto, a pesquisa científica deve prezar por reflexão moral e biológica incontestável, em consequência surgirão novos paradigmas em que o diálogo e as questões discutidas possuirão um papel preponderante no laborar e executar a pesquisa com seres vivos. Diante do exposto, assegurou-se aos participantes a privacidade, a autonomia individual, a espontaneidade da informação, a discrição e a

confidencialidade dos assuntos informados, os quais servirão apenas para fins científicos. Assevera-se também, que todos os sujeitos participantes da pesquisa foram antecipadamente informados sobre a sua natureza pormenorizadamente, além de serem notificados sobre a publicação dos resultados.

Logo, nos capítulos 02, 03, 04, 05 e 06 foram inseridas entrevistas diretas já previstas com especialistas da saúde, técnicos administrativos ou gerais, bem como moradores do bairro Morrinhos, importantes na complementação dos dados pesquisados ou descrições de assuntos referentes à pesquisa, por não se encontrar muitos registros.

A pesquisa demandou 08 (oito) meses, em que se percebeu a importância da Estratégia Saúde da Família nas dinâmicas e nos serviços de saúde local. Ressalta-se que no trabalho prestado pelos Agentes de Saúde os objetivos propostos para os mesmos têm sido cumpridos de acordo com as recomendações atribuídas pela ESF, pois agem localmente, durante a jornada de serviços que lhes competem, junto à população ali residente. Finalmente, é esperado que a metodologia proposta logre êxito em seus resultados, cumprindo a partir desta os objetivos configurados neste trabalho.

O corpo deste estudo está organizado em seis (06) capítulos. O primeiro capítulo propõe uma discussão sobre as bases iniciais do Sistema Previdenciário Brasileiro até a constituição do Sistema Único de Saúde, discorrendo sobre a sua trajetória e propostas, com base nos princípios, doutrinas e organização, entre elas a Estratégia Saúde da Família – ESF como um dos principais pilares da política de Atenção Básica.

O segundo apresenta discussões sobre a temática “Território e Saúde”, elucidando no sentido *stricto* a respeito de categorias geográficas e seus pressupostos, importantes nas articulações e práticas da saúde pública brasileira, especialmente na Estratégia Saúde da Família e o processo de territorialização, conteúdos imprescindíveis na compreensão da essência desta pesquisa.

O terceiro consiste em uma investigação sobre a regionalização da saúde no estado de Minas Gerais e o papel de Montes Claros neste âmbito, além das contribuições do Projeto Montes Claros – PMC para a constituição do SUS. No quarto capítulo tecem-se análises sobre as características e abrangências do Sistema de Saúde em Montes Claros, visando compreender sua estrutura, funcionamento e as diversas peculiaridades, destacando o importante papel desenvolvido pela saúde nas dimensões local e regional, a partir do seu contexto histórico e estruturas montadas, confirmando, então, a relevância das ações e serviços implantados até os dias atuais.

Consequentemente, no quinto capítulo se descreve sobre os limites e potencialidades socioespaciais do bairro Morrinhos, as quais servirão de suporte para a produção e sistematização das informações obtidas que corroborarão para o processo de territorialização da Estratégia Saúde da Família.

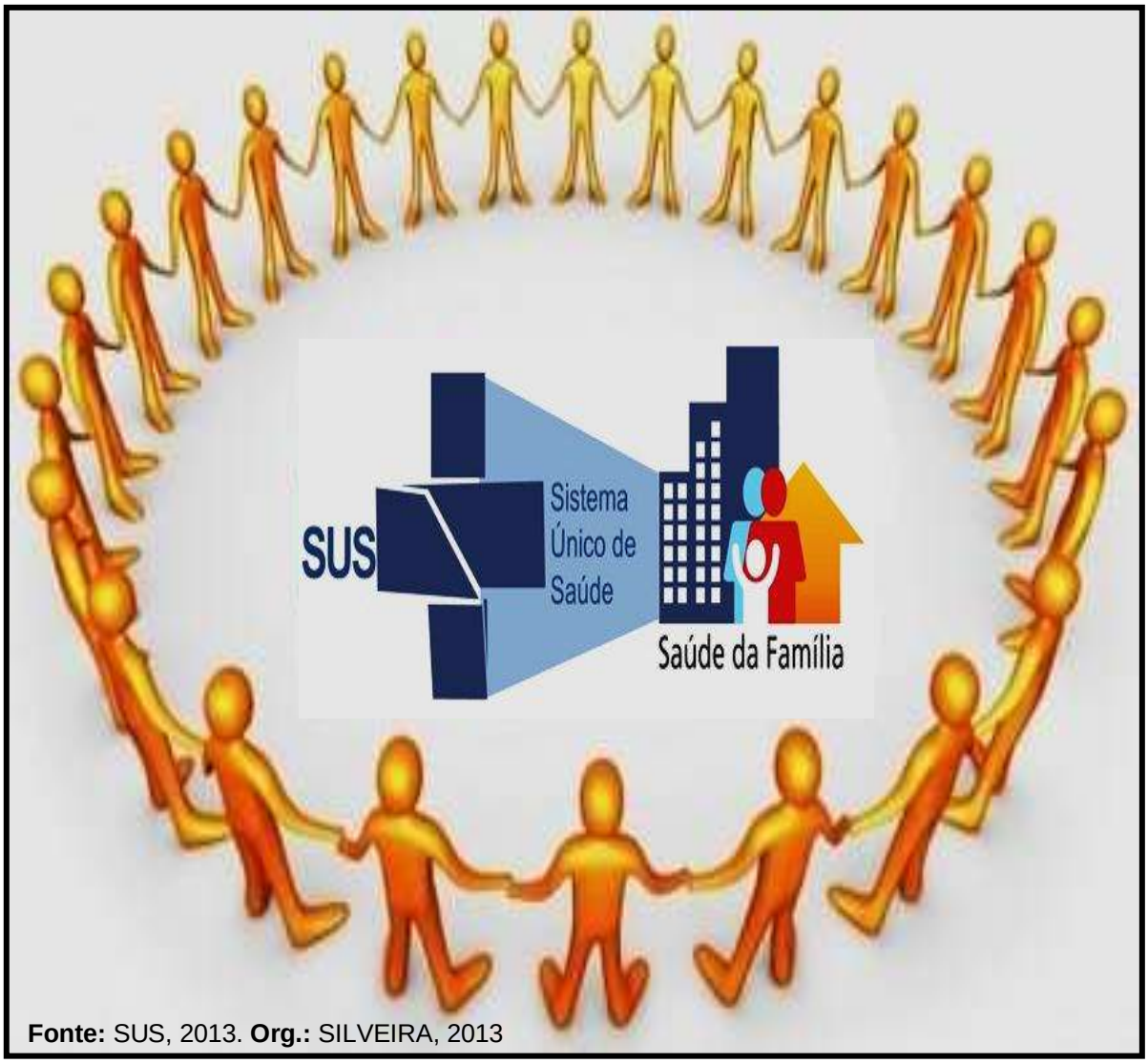
E finalmente, o sexto capítulo, que trata dos resultados desta pesquisa, tem como propósito avaliar o processo de implantação da ESF no bairro Morrinhos e suas relações com a política de Atenção Básica, discutindo sobre a espacialização da ESF e as dinâmicas socioespaciais locais, apresentando possíveis contribuições para as ações em saúde a serem desenvolvidas no bairro e Município com orientação e apoio da Secretaria Municipal de Saúde.

Para mais detalhes referentes à condução metodológica da pesquisa, no que concerne aos materiais complementares produzidos com base em fontes diversas, os mesmos foram disponibilizados no estudo através dos apêndices e anexos, com objetivo de comprovar, esclarecer e complementar as informações textuais. Quanto às referências pesquisadas, buscou-se parte significativa de uma vasta literatura existente sobre o tema em questão, e com certeza muito contribuíram para a produção das ideias contidas no corpo da tese.

À guisa de conclusão se espera que esta pesquisa de cunho Geográfico e no contexto da saúde possa estar cumprindo o seu papel de instigar e intervir nas futuras espacializações do território estudado, além de poder contribuir como

embasamento teórico-metodológico nos posteriores processos de territorialização ou gerenciamento do espaço da saúde, por intermédio das ESFs na cidade Montes Claros e região. Sendo a Geografia da Saúde de grande significância e um novo desdobramento da Ciência Geográfica na pós-modernidade, estudos como este servirá para as demais construções e pesquisas na área da saúde pública.

CAPÍTULO 1
A TRAJETÓRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS



Fonte: SUS, 2013. **Org.:** SILVEIRA, 2013

O SUS se constrói no cotidiano de todos aqueles interessados na mudança da saúde no Brasil. Entendê-lo é uma boa forma de fortalecer a luta por sua construção. (JOÃO PAULO PINTO DA CUNHA & ROSANE EVANGELISTA DA CUNHA, 2001).

A evolução do SUS é resultado de decisões políticas e ideológicas desenvolvidas durante anos por diversos atores sociais com diferentes concepções políticas em saúde e formas de organização dos serviços públicos e privados. Esse fato tem demonstrado que todo o processo decorreu de lutas e ajustes para chegar aos resultados e aplicativos nos dias atuais.

Este capítulo tem como principal temática discutir sobre a trajetória e estruturas do Sistema Único de Saúde, entre elas, a ESF, um dos pilares da política de Atenção Básica, e também sobre a formação do Sistema de Previdência Social e da Saúde no Brasil até o SUS.

Após sua legalização e implantação, em 1988, pela Constituição Federal, o SUS passou a ser conhecido como um projeto de relevância pública nas práticas da saúde, tornando-se uma realidade. Mesmo diante das diversas intervenções sofridas ao longo do tempo, o Sistema tem procurado manter, através dos gestores, posições firmes e bases sólidas não se furtando aos seus objetivos primários.

Para que haja um melhor entendimento do momento atual desse sistema, é preciso compreender: a relevância do SUS, as demandas e contextos pelos quais passou esse sistema, numa trajetória histórica das políticas de saúde e previdenciárias do país, de 1923 a 1980. Nesse sentido, este capítulo apresenta, de forma organizada, os pressupostos que construíram o SUS e os marcos ideológicos dos diferentes períodos históricos vividos pela saúde brasileira.

1.1 A trajetória da Previdência Social Brasileira e os Reflexos na Saúde

O movimento higienista na saúde brasileira iniciou-se no fim do século XIX e se estendeu até os primeiros anos do século XX, com a proposta de modificar o comportamento da saúde no país. Neste sentido, era de responsabilidade dos médicos cuidar da saúde e higiene dos indivíduos e consequentemente da coletividade, uma vez que, o grande problema da nação estava subordinado às questões sanitárias. A proposta visava maior acessibilidade de forma democrática

aos trabalhadores, no que diz respeito a investimentos na educação, saúde e trabalho, fatores que valorizariam a população excluída do processo. Diante deste paradigma, os pobres representavam para o poder vigente um perigo social, pois eram vistos como portadores de doenças infectocontagiosas no convívio dos mesmos no espaço social, além de serem nocivos à manutenção da ordem pública. (PETRI, 2003, p.13)

Portanto, para os propositores e intelectuais participantes do movimento higienista educar e ensinar novos hábitos à população significava cuidar criteriosamente da saúde e melhoria da qualidade de vida da população. Na premissa, o médico higienista era um especialista em saúde pública e administração sanitária e, sendo assim, estaria habilitado a prescrever e gerenciar as condutas de higiene. (PETRI, 2003, p.13)

Em prosseguimento aos movimentos democráticos em saúde, estabeleceu-se politicas públicas, para esse fim, as quais foram regulamentadas pela Constituição Federal de 1891, que outorgou ao Brasil a condição de intervir no modelo sanitário do país. Surge daí o embrião da Previdência Social a partir das novas posturas sociotrabalhistas em decorrência de políticas a elas relacionadas. Esse período foi constituído por contradições, frente às questões coletivas do trabalho e ao movimento operário-sindical, época marcante para a legalização e ampliação dos direitos relativos ao trabalhador. (CUNHA; CUNHA, 2001).

De 1923 a 1930, o Governo Federal decidiu implantar políticas de saneamento e de saúde pública que buscassem melhorias na qualidade de vida tão necessária aos brasileiros. Essas políticas vieram minimizar as diferenças nos tratos sociais, pois suscitaram o sentimento nacional evocado em todas as etapas de desenvolvimento. Sendo assim, devido às necessidades sanitárias emergentes no país, tornou-se necessário inserir no mercado de trabalho mão-de-obra profissional especializada no campo da saúde. Neste sentido, entre as medidas decisórias, a de maior relevância foi a modernização dos currículos e práticas nas Escolas de Enfermagem, que no exercício do ensino formavam profissionais capacitados para cuidarem da saúde da população no combate das epidemias; também garantir o saneamento dos portos

devido a ausência de uma política adequada para os mesmos, pois esse fato acarretava ameaças ao comércio exportador brasileiro. (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006, p. 131-132).

Simultaneamente, as áreas rurais e urbanas enfrentavam problemas graves de saneamento básico, um condicionante para a proliferação das epidemias. Para tal, os governos dos estados deveriam reavaliar e cuidar de implantar, de forma organizada, uma política que colocasse em prática medidas de higiene e profiláticas, em favor do bem estar da população. Este fato influenciaria na redução da mortalidade humana, especialmente das crianças e idosos, faixas etárias com pré-disposições às enfermidades. Deste modo, no enfrentamento das adversidades interligadas a saúde coletiva, as ações em favor do saneamento dos portos, das cidades e zonas rurais começaram a lograr êxito, havendo, assim, uma significativa redução das doenças causadas pela falta e ou ausência de ações de higiene, além das endemias com causas fundamentadas nas infectologias. (SCHMACHTENBERG, 2005).

Em consequência desse processo, em 1923, foi promulgada a Lei Eloy Chaves, a qual, Cunha e Cunha (2001), consideraram o marco inicial da Previdência Social. Nesse contexto, surgem as Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAPs, organizadas por empresas de natureza civil e privadas que tinham como beneficiários os funcionários da Instituição. As CAPs eram financiadas com recursos de empregados e empregadores, administradas por comissões compostas pelas duas classes. Cabia ao poder público apenas a resolução de conflitos. Cada empresa criava a sua CAP, esta se tornava responsável pelos serviços de atenção à saúde (CUNHA; CUNHA, 2001). Nesse período, o Governo Federal era omisso no cuidado da saúde individual, ficando esta à mercê de entidades beneficentes e/ou filantrópicas quando o indivíduo não era filiado a nenhuma CAP. (MENDES, 1996).

No campo da Saúde Coletiva, eclodiu o “Sanitarismo Campanhista”, idealizado pelo reformador Carlos Chagas, o qual em seus ideais objetivava a erradicação das epidemias, onde o cidadão era dogmatizando como o portador de doenças contagiosas. As práticas repressivas de intervenções eram atreladas ao uso da

força, alvo de equilíbrio das enfermidades. Essa visão estava baseada em questões monocausais das doenças, ou seja, na relação direta com o agente hospedeiro e suas influências na estrutura física individualizada das pessoas. Mendes (1996, p. 59) escreve que:

> [...] o Sanitarismo [...] pretendeu resolver os problemas de saúde – ou melhor, das doenças – mediante a interposição de barreiras que quebrem esta relação agente/hospedeiro para o que estrutura ações, de inspiração militarista, de combate a doença de massa, por meio da criação de estruturas *ad hoc*, com forte concentração de decisões e com estilo repressivo de intervenções nos corpos individual e social.

Portanto, esse período priorizou a "visão de combate às doenças de massa" com decisões e estilos concentrados na repressão dos indivíduos/sociedade fundamentados em ações de saúde voltadas para a interiorização dos serviços, que priorizariam a gestão para o "sertão isolado, desassistido e assolado pelas endemias rurais." (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 286).

Os anos de 1930 a 1945 foram identificados como um período de contenção de gastos e novas ações da saúde pública. A crise financeira internacional que ocasionou a "grande depressão", em 1930, afetou diretamente a economia agroexportadora brasileira do mercado do café. O Brasil buscou soluções na indústria, e os centros urbanos da época concentravam a maior parcela do operariado, que se constituiu a nova clientela do Sistema de Saúde Nacional. (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 286).

Os investimentos voltados para a efetivação, melhorias e aprimoramento dos ideais higienistas repercutiram nas ações que legitimaram os componentes textuais do artigo 138 da Constituição Federal de Julho de 1934 que em seus escritos incumbiam a União, Estados e Municípios a aplicarem os itens contidos na Carta Magma para todos os brasileiros, o qual continha o seguinte texto:

> a) assegurar amparo aos desvalidos, criando serviços especializados e animando os serviços sociais, cuja orientação procurará coordenar;
> b) estimular a educação eugênica;
> c) amparar a maternidade e a infância;
> d) socorrer as famílias de prole numerosa;

> e) proteger a juventude contra toda exploração, bem como contra o abandono físico, moral e intelectual;
> f) adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a natalidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação de doenças transmissíveis;
> g) cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais.

No governo do presidente Getúlio Vargas, novas perspectivas surgiram para o operariado urbano do país, gestão iniciada com a instalação de órgãos e de instrumentos que legitimassem as ações sindicais e suas corporações. Esse período também foi marcado pela criação do Ministério do Trabalho e pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT. Os anos de 1930-1935, do ponto de vista político, foram delineados por greves e manifestações. Simultaneamente, o governo buscou apoio das classes trabalhadoras, reforçou as novas concepções da Previdência Social, definida como seguro beneficiário e estabeleceu a redução da prestação de serviços de saúde. Essas providências resultaram na mudança de concepção: a saúde deixou de ser uma atribuição específica para ser uma função provisória e secundária, ocasionando, assim, profundos cortes na assistência médico/hospitalar. (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 288-289).

A Previdência Social cuidava da concepção, organização e prestação dos serviços de saúde. Posteriormente, devido à sua ampliação, implantaram-se os Institutos de Aposentadoria e Pensões - IAPs, planejados para atender às categorias profissionais específicas da administração federal e de representantes das classes patronais e empregatícias. Vale esclarecer que todos os recursos financeiros levantados pelos fundos de pensões financiavam a implantação das indústrias, que fortaleciam, cada vez mais, o modelo excludente do capitalismo brasileiro. (MENDES, 1996).

Diferente das CAPs, a administração dos IAPs dependia diretamente do Governo Federal. O Presidente da República nomeava o presidente dos IAPs, este se esforçava para enxugar as despesas do Instituto e acumular reservas financeiras na prestação de serviços. Esse fato consolidou os superávits dos Institutos e o respeitável patrimônio acumulado na mão do Estado, “a previdência passa a se

configurar como sócia do Estado nos investimentos de interesse do Governo.” (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 288).

Cunha e Cunha (2001, p.288) escrevem que o “auge do Sanitarismo Campanhista”, foi criado o primeiro órgão de saúde de expressão nacional, o Serviço Nacional de Febre Amarela, seguido pelos Serviços da Malária do Nordeste (1939) e de Malária da Baixada Fluminense (1940).

No ínterim de 1938-1945, o Departamento Nacional de Saúde foi reestruturado, articulado e dinamizado, centrando todas as atividades sanitárias do país. Foram também implantados outros órgãos representantes das práticas preventivas de saúde pública, como os Centros de Saúde que eram o *lócus* para o fortalecimento das ações. Entre eles, está a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM, hoje Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, responsável pelo controle ou erradicação das grandes endemias do país.

Em 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública-SESP voltado para as áreas brasileiras que não eram cobertas pelos serviços tradicionais. Nessa visão, ao SESP competia sanear a Amazônia e o Vale do Rio Doce (MG) na endemia da malária e da febre amarela que, posteriormente, foi ampliado para quase todo o Nordeste através dos Serviços de Malária do Nordeste e dos Serviços Nacional de Febre Amarela, cuidando prioritariamente das áreas rurais e enfermidades causadas pela carência e pobreza crônica, (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 288).

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, os governos organizaram-se para enfrentar os problemas por ela causados em uma nova conjuntura política em que as iniciativas resultaram na efetivação de Agências Internacionais com focos socioeconômicos, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-americana de Saúde - OPAS. Essas agências inicialmente cuidavam da erradicação das doenças dos países tropicais e, por consequência, do mundo. Posteriormente, diferentes organizações surgiram ou foram ampliadas para gerir os avanços tecnológicos, agrícolas, dentre outros necessários ao chamado “Desenvolvimento Mundial.” (LIMA, 2005).

Segundo Cunha e Cunha (2001, p. 289-290), no Brasil, com o fim do Estado Novo, em 1945, houve reflexos que influenciaram nas decisões/ações da Previdência. Esse período correspondeu aos anos de 1945-1966 e se divide em duas fases. A primeira, no governo do Presidente da República Juscelino Kubitscheck, representada pelo “fim do Estado Novo e redemocratização do país" em que o processo de urbanização e industrialização foi acelerado. Nessa gestão, priorizou-se o desenvolvimento de políticas sociais para minimizar a exclusão de grande parte da população nos projetos governamentais. Foi uma fase de grande concentração capitalista. O modelo até então populista em relação ao Estado e trabalhadores perdia gradativamente a credibilidade e foi instalada uma contradição entre o Projeto Nacional Desenvolvimentista e a associação dos aplicativos do capital estrangeiro no país. Essa ocorrência contrariava a demanda defendida pelos trabalhadores.

O governo de Juscelino Kubitscheck infelizmente atrelou o espaço da saúde à produção capitalista, isto é, o conceito de saúde estava diretamente ligado ao desenvolvimento econômico e social. Esse governo defendeu o papel dos municípios na condição de saúde de seus partícipes, resultando em amplas discussões que fundamentaram a organização da III Conferência Nacional de Saúde. Lima (2005, p. 54) descreve em seu texto que, nos objetivos desse evento, eram pontos prioritários: “[...] a rediscussão da distribuição de responsabilidades entre os entes federativos, uma avaliação crítica da realidade sanitária do país e a proposição de municipalização dos serviços de saúde [...].” Fica evidente a responsabilidade dos municípios e de seus gestores nos serviços de saúde, o que acarretou a descentralização, horizontalidade e a integração deles na geração de uma melhor qualidade das ofertas.

A segunda fase teve seu início com o golpe militar de 1964, que rompeu com as estruturas dos governos democráticos anteriores. O modelo foi fundamentado no autoritarismo com a não participação dos trabalhadores nos planos da nação e agregado à “racionalidade técnica e administrativa” que afetaram o pleito da Previdência Social esvaziando-a de reservas e gerando déficits orçamentários.

A fase caracterizou-se pela simplificação da distribuição monetária em contradição ao crescimento dos gastos com assistência médica que, de 2,3% em 1945, passou para 14,9% em 1966. Toda a estrutura da legislação, nesse período, teve a marca do desmonte das medidas contencionistas (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 289).

Esse período ficou também conhecido como “Novo Sanitarismo”, nele se estabelecia a saúde como imprescindível no desenvolvimento econômico e social da nação. A relação pobreza e doença, que ficava evidente, teriam de ser superada, em especial, nos sertões brasileiros. Havia paralelamente uma fragmentação entre a saúde pública e a assistência médica, quase voltada para a população rural, a mais necessitada. Porém, simultaneamente nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, os higienistas lutavam por melhorias nas condições de vida e de higiene no organismo urbano, condenavam as difíceis condições que as populações enfrentavam quanto às condições estruturais e ambientais, as quais corroboravam para a proliferação dos surtos epidêmicos. Esforço que resultou na remodelagem das cidades, especialmente nas áreas periféricas. (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 289).

Em 1948, realizou-se, em São Paulo, o VII Congresso Brasileiro de Higiene que apressou, devido às suas reivindicações, a criação do Ministério da Saúde, em 1953. Anteriormente administrado pelo Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), responsável em gerenciar e disponibilizar os serviços de saúde aos trabalhadores que não estavam inseridos no mercado de trabalho e não usufruíam do seguro previdenciário. (MENDONÇA, 2009 p. 37).

A Constituição Federal de 1946 determinou que a assistência sanitária fosse incorporada à Previdência Social, fator importante para a promulgação do “Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadoria e Pensão” em 1953, o qual, nos anos sequentes, incluiu essa assistência aos comerciários, autônomos, profissionais liberais, ferroviários e funcionários empregados em serviços públicos, responsabilizando o amparo médico aos trabalhadores brasileiros. (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 289). Em 1960, com a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social-LOPS foram uniformizados os direitos dos segurados dos diversos Institutos do país, agravando, dessa maneira, as dificuldades financeiras da Previdência. De

acordo com os autores, apesar dos problemas do período, ficou estabelecido um amplo plano de assistência médica, de benefícios pecuniários e de serviços. Entre eles, a legislação permitiu abertura para investimentos na habitação, empréstimos privados e melhorias na qualidade alimentar. A LOPS efetivou a assistência da Previdência Social aos trabalhadores rurais.

Esse fato pode ser constatado no período pós-guerra através do Estatuto do Trabalhador Rural, aprovado no governo de João Goulart (1963), o que elevou os gastos das contribuições dos segurados. Com o rompimento do conceito de Contribuição Tripartite[3] nesse período, a União passou a assumir somente os gastos com a administração e com o pessoal. (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 289).

Os autores acima descrevem que, nessa época, o Brasil foi influenciado pelas ideias de seguridade sociais discutidas amplamente após a Segunda Guerra Mundial. A nação experimentou uma sucessão de aquisições e construções de hospitais, ambulatórios e equipamentos por parte dos Institutos, também houve a ampliação de convênios para a prestação de assistência médico-hospitalar aos assegurados. Em contraposição com o autoritarismo do governo (1964), os canais de participação dos trabalhadores foram fechados, a racionalidade técnica administrativa foi à tônica, e já em 1966, os IAPs fundiram-se ao Instituto Nacional de Previdência Social - INPS.

Segundo Lima (2005), o golpe de 1964 encerrou a participação cidadã dos brasileiros - o Estado passa a ser seu único regulador e administrador. Apesar dos protestos, o governo defendia que a centralização dos recursos seria a saída para o cumprimento do direito de assistência à saúde. Os serviços médicos foram ampliados em função da demanda elevada, pois foram estendidos a todos os segurados.

[3] Contribuição Tripartite: O financiamento da Previdência Social dos trabalhadores do setor privado é feito de forma tripartite. O trabalhador contribui proporcionalmente ao salário e o empregador recolhe segundo a folha de pagamento. A terceira parte cabe ao governo federal e deve cobrir eventuais casos de insuficiência financeira no sistema. (RENASCE BRASIL, 2013).

Em 1956, devido às necessidades emergentes da saúde, foi criado, dentro do Ministério da Saúde, o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) responsável pelo trato e controle das epidemias isoladas do país. Este investigou, organizou e executou os serviços de combate às principais patologias do período: esquistossomose, febre amarela, brucelose, peste, doença de chagas, leishmaniose, malária e outras doenças endêmicas comuns da época. (MENDONÇA, 2009, p.37).

1.2 O agravamento da crise na saúde e a consolidação da rede privada em saúde

Entre 1966 e 1979, observou-se uma crescente regulação do Estado sobre a nação brasileira no distanciamento dos trabalhadores do processo político e no arrocho salarial decorrente do modelo de acumulação de capital. Foi o período do Autoritarismo que teve seu marco legal com o AI-5[4] e a Emenda Constitucional n°1[5]. O Instituto Nacional de Previdência Social - INPS "criado na perspectiva modernizadora da máquina estatal aumenta o poder de regulação do Estado sobre a sociedade, inibindo as forças políticas populistas anteriores" a esse período. O Estado dilata a cobertura previdenciária para os trabalhadores domésticos e rurais além daqueles já beneficiados pela LOPS. Somente os trabalhadores informais ficaram alijados do processo (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 291-292).

A década de 1970 marcou uma nova história na saúde para toda a América Latina. No Brasil, não poderia ser diferente, pois já se constatavam alterações representativas no processo de transição demográfica em que era verificado um envelhecimento populacional e decréscimo na taxa de fecundidade. Diante da situação vivenciada, os ideais do planejamento nos Estados brasileiros foram

[4] O Ato Institucional N° 5, que entrou em vigor em 13 de dezembro de 1968, era o mais abrangente e autoritário de todos os outros atos institucionais e, na prática, revogou os dispositivos constitucionais de 1967, além de reforçar os poderes discricionários do regime militar. O ato vigorou até 31 de dezembro de 1978. (UNIFICADO, 2012).

[5] Emenda Constitucional n° 1: conhecida como Constituição de 1969, modificada pela Junta Governativa Provisória de 1969, quando o General-Presidente Arthur da Costa e Silva sofreu uma trombose. A Constituição promulgada pelo Congresso Nacional foi forçada pelos militares, através de atos institucionais, o que causou maior dureza jurídica à ditadura militar. A essa Constituição foram acrescidas 26 emendas constitucionais, substituídas pela Constituição de 05/10/1988. (PLANALTO, 2012).

voltados para as iniciativas de gestão, entre elas, as questões relacionadas à saúde com prioridade para as medidas preventivas. O estado de São Paulo foi o precursor dessas iniciativas através dos Departamentos de Medicina Preventiva - DMPs, com modelo de origem estadunidense que defendia conceitos norteadores à multicausalidade, história natural da doença e o conceito ecológico de saúde e doença, isto é, a doença surgia por intermédio de desequilíbrios da relação do homem e com o hospedeiro no seu meio. (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 291-292).

O espaço da sociedade simplesmente era o Meio Ambiente onde originavam os agentes causais das enfermidades. Os centros de saúde eram os locais ideais no desenvolvimento das ações. Escorel (1998, p. 26) confirma, nos seus escritos, que o entendimento do conceito “relação saúde, doença e espaço social” era compreendido como “meio ambiente onde existam agentes causais e não como uma sociedade que determina os estados de saúde e doença”.

Portanto, o modelo explicativo da doença fincava nos princípios da história natural e de suas multicausalidades, isto é, as sociedades poderiam ser analisadas da mesma forma como os fenômenos da natureza o eram. Nesse pensamento, os padrões da teoria reducionista eram defendidos pelos DMPs, pois afirmavam que, ao desenvolver ações de medicina comunitária, a visão positivista da saúde poderia ser mantida, colaborando, assim, como instrumento de libertação da estagnação econômica e simultaneamente da pobreza. Alguns pesquisadores como Arouca (1975) e Donnagelo (1975) muito contribuíram para determinar a construção da nova teoria, ou seja, dos ideais de uma medicina social.

Posteriormente, Juan César Garcia, citado por Escorel (1996) e Lima *et al* (2005), trabalhou com as novas visões sobre o assunto para que os DMPs introduzissem o novo modelo preventivista a partir de recentes abordagens teórico-metodológicas, em que a sociedade e o coletivo social fossem a máxima e as teorias referentes ao tema tornar-se-iam instrumentos de lutas políticas. (ESCOREL, 1996, p. 26, *apud* LIMA *et al*., 2005, p.64).

Foi um período de muitas análises críticas a respeito das iniciativas médicas alicerçadas nos princípios da medicalização[6]. Com os DMPs, inicia-se um novo movimento sanitarista mais organizado e conciliador das dimensões política e técnica que pleiteavam um retorno democrático às ações na saúde brasileira.

Consequentemente os gastos com a assistência médica não pararam de crescer, em 1976, representavam 30% dos gastos do INPS. A atenção individual e assistencialista era a tônica em detrimento da saúde pública de caráter preventivo e coletivo. O Estado, cada vez mais, distanciava-se das questões que envolviam diretamente a saúde e cuidava somente dos custos administrativos.

Com a criação do INPS, a saúde foi ampliada, principalmente no desenvolvimento do complexo médico-industrial, priorizando a fabricação de medicamentos e equipamentos médicos. Em contradição, esse Instituto investiu na contratação de terceiros para as prestações de serviços, atingindo 90% de suas despesas no período de 1969-1975, quando o faturamento dos serviços foi multiplicado, resultando, assim, em desdobramentos nos atos médicos e internações, bem como nos serviços cirúrgicos os quais tinham péssima qualidade e eram muito caros aos cidadãos, vale ressaltar a baixa qualidade dos profissionais técnicos e dos equipamentos utilizados (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 292).

A seguir, o sistema previdenciário criou uma nova modalidade de atendimento, a medicina de grupo, a qual buscava convênios do INPS com empresas gerando articulações entre o Estado e o empresariado, o que, nos anos de 1980, originou o desenvolvimento do subsistema da medicina supletiva.

Esse Instituto, através do Decreto-Lei 200/1967, teve suas atribuições redefinidas, pois as práticas anteriores eram semelhantes àquelas desempenhadas pelo

[6] Medicalização aqui entendida como processo pelo qual o modo de vida dos homens é apropriado pela medicina e que interfere na construção de conceitos, regras de higiene, normas de moral e costumes prescritos – sexuais, alimentares, de habitação – e de comportamentos sociais. Este processo está intimamente articulado à ideia de que não se pode separar o saber - produzido cientificamente em uma estrutura social - de suas propostas de intervenção na sociedade, de suas proposições políticas implícitas. A medicalização tem como objetivo a intervenção política no corpo social. (HISTEDBR, 2012)

Ministério da Saúde e demonstravam o esvaziamento das responsabilidades do INPS. Nessa tentativa de resgate, a Fundação SESP e a Fundação das Pioneiras Sociais foram incorporadas ao MS (início das autarquias desse Ministério). Simultaneamente, as ações de saúde coletiva, que também eram dispersas afetavam o conjunto geral da administração direta e indireta nas pastas da Educação, Agricultura, Trabalho, Transportes e demais órgãos. (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 292).

As décadas de 1960 a 1980 foram marcadas por importantes movimentos sociais com objetivos centrados nas mudanças das políticas públicas de saúde do Brasil, fato que estava inteiramente ligado à transformação econômica do país para uma que fosse urbano-industrial. Significantes percentuais dos trabalhadores informais passaram a ser registrados, e as necessidades de saúde, devido a esse fato, foram regularizadas gradativamente através do sistema médico previdenciário.

As ações até aí formalizadas na atenção integral à saúde eram somente de princípios curativos, com acesso não universal, já as formas de financiamento ficavam por conta do Estado e atingiram os setores e serviços privados. De acordo com Pustai (2004, p. 69), o modelo até então desenvolvido era conhecido como médico-assistencial privativista e, por ser hegemônico, perdeu gradativamente as características identitárias devido à profunda crise fiscal do país. (PUSTAI, 2004, p. 65-70).

No período de 1974-1979, os conflitos sociais, as reestruturações para a consolidação da rede privada em saúde foram à tônica. Merece destaque o fortalecimento da Seguridade Social em busca de legitimidade, iniciativa que ampliou a cobertura e benefícios da Previdência Social, devido às alterações da conjuntura política. Em 1974, foram criados o Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), o primeiro fortaleceu as ações da Previdência em relação ao aparelho estatal, e o segundo voltou-se para a remodelação e ampliação da rede hospitalar privada, que a manteve cativa na atenção médica.

O crescimento para o Estado, em leitos hospitalares, foi de 500% entre 1969-1984 (de 74.543/1969 para 348.255/1984). Concomitantemente foi elaborado o II Plano Nacional de Desenvolvimento que procedeu à separação das ações de saúde coletiva para o setor estatal, e as de atenção médica foram destinadas ao setor privado através da Previdência Social. Nesse período, o Decreto-Lei 200/1967 foi revogado, o que estabeleceu a obediência necessária à política nacional de saúde (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 294).

O ano de 1974 foi decisivo no equilíbrio financeiro da Previdência. A corrupção nos serviços contratados tornou-se insustentável. O Estado a partir daí criou mecanismos para controlar o setor contratado, entre eles, vale destacar a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social-DATAPREV e a ampliação de convênios com governos estaduais, prefeituras, universidades e sindicatos. Nesse período foram instalados dois mecanismos institucionais de relações público-privadas: o “Plano de Pronta Ação” na desburocratização dos atendimentos de emergência que propiciou à universalização dos mesmos, e ainda o “Sistema Nacional de Previdência Social”, que disciplinava a concessão e a manutenção dos benefícios além de gestar os programas, serviços e custeios, englobando também os da administração financeira e patrimonial da Previdência. (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 294).

O modelo assistencial privatista de 1970 teve suas bases definidas permitindo a hegemonia da assistência. Mendes (1996, p. 25-26), ao escrever sobre o tripé desse modelo, apontou que:

I. O Estado era o grande financiador do Sistema por meio da Previdência Social;
II. Nos serviços de assistência médica, o setor privado nacional seria o maior prestador de serviços;
III. O setor privado internacional seria o mais significativo produtor de insumos, especialmente em equipamentos médicos e medicamentos.

Em decorrência da Conferência de Alma-Ata (1978), houve, por parte dos países representados, uma aceitação das propostas sugeridas para as nações sobre os

cuidados primários e saúde coletiva. O Brasil foi um dos seus signatários e esforçava-se para expandir a cobertura Previdenciária interna. No que concerne ao conteúdo da Atenção Básica ou Primária nos fundamentos do Sistema SUS, inúmeros autores definem-no como principal “porta de entrada do Sistema”, pois trata as problemáticas da saúde no contexto da promoção e prevenção, atrelando-o às ações coordenadas e integradas nos diversos níveis tecnológicos e/ou especialidades médicas, além de buscar a maximização da qualidade da saúde e do bem-estar do cidadão. Para tanto, o conteúdo da Atenção Básica organizou e racionalizou os serviços e a aplicação dos recursos dentro dos princípios éticos e democráticos da saúde. A Conferência de Alma-Ata definiu que Atenção Básica ou Primária é:

> A assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e em cada uma das etapas de seu desenvolvimento, em um espírito de auto responsabilidade e autodeterminação. A Atenção Primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e leva, na medida do possível, a atenção da saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária (OMS, 1978, p. 44).

Os gestores da saúde brasileira buscavam fortalecer a Atenção Primária com prioridades para o “autocuidado”, acesso universal aos serviços de saúde, em particular para os menos favorecidos. Após a participação nessa Conferência, uma das proposições a serem viabilizadas era a de fortalecer a “Saúde para Todos” no novo milênio com prioridades específicas para a Atenção Primária. (LIMA *et al.*, 2005).

Neste período, a economia brasileira estava em crise, fato que contribuiu para o fortalecimento e organização dos movimentos populares a favor de uma Reforma Sanitária urgente que atendesse às reivindicações de reestruturação do processo democrático brasileiro. Entre essas reivindicações, estão a equidade, a promoção e prevenção da saúde, a capacitação dos profissionais envolvidos, não somente para

análises clínicas, como também, a percepção socioambiental e epidemiológica dos espaços e, consequentemente, do indivíduo, da família e da sociedade, foram o tema das reivindicações. (ROSA; LABATE, 2005, p. 1029).

Escorel (1995, p.148) afirma que, com o sucesso das experiências em vigor, após a Alma-Ata, ações para a implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS (1976) - foram incrementadas, pois o programa tinha como objetivo estender a Rede de Unidades Primárias de Saúde – Postos e Centros de Saúde e Unidades Mistas como facilitadores no desenvolvimento de projetos que visassem às medidas de saneamento.

Foi considerado o primeiro programa de medicina simplificada no âmbito federal e seus avanços permitiram a entrada de técnicos advindos do “Movimento Sanitário” para o aparelho estatal, fato que resultou em uma grande expansão da rede ambulatorial pública no país. (PAIM, 1986, p. 169).

Castro (2002) ao escrever sobre o assunto pontuou que o Ministério da Saúde incentivava a gestão dos estados brasileiros para essas mudanças substanciais na saúde, além de financiar o novo modelo de Atenção Primária através do PIASS. Esse Ministério apoiou também outro programa que se denominava Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde - PPREPS, com o objetivo de capacitar os recursos humanos na efetivação e manutenção do modelo a ser implantado. Na busca de melhorias para a saúde, foram ampliados os espaços das práticas individuais de acompanhamento dos indivíduos resultando em novas propostas de ações e serviços.

Na década de 1980, devido aos movimentos reivindicatórios dos trabalhadores da saúde, aconteceu a Reforma Sanitária Brasileira. Foram criados, na década anterior, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES (1976) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO (1979), que juntos sistematizaram as propostas do modelo de saúde em vigor. Paralelamente, realizavam-se, no país, encontros dos secretários municipais de saúde com o propósito da sua municipalização. (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 295).

A década de 1980 é conhecida como o período de redemocratização do país, especialmente os anos de 1980 a 1983 quando eclodiram três crises: a ideológica, a financeira e a político-institucional fatores que contribuíram mudanças significativas na saúde brasileira. A ideológica estava fundamentada na necessidade de reestruturação e na ampliação do sistema de saúde existente. O vigor empreendido por Alma-Ata alterou a postura dos profissionais da saúde no que se referia à Atenção Primária e participação comunitária “saúde para todos no ano 2000” que provocou a formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV-SAÚDE. (TEIXEIRA; OLIVEIRA, 1976).

Esse Programa, criado no governo militar, com apoio da OPAS, priorizava os pressupostos da hierarquização, participação comunitária, integração de serviços, regionalização e extensão da cobertura em saúde, contrapondo ao modelo vivenciado no período em que o setor privado era sustentado em mais de 80% pelo Estado. Foi considerado pelos administradores da área, especialmente os da Federação Brasileira de Hospitais, como um projeto “natimorto”, pois faltavam verbas previdenciárias para a implantação e, apesar dos esforços empreendidos, não foi implantado. (RETKA *et al*, 2003, p. 06).

A crise financeira marcada pelo *déficit* crescente no setor público nessa década contribuiu para que grande parte dos técnicos em saúde fosse contratada sem nenhuma proteção social. A expansão da cobertura para a saúde, no período, era ampla, todavia a Previdência privilegiava os “produtores privados de serviços de saúde” e ainda reprimia a assistência médica para a população. (TEIXEIRA; OLIVEIRA, 1976).

A crise político-institucional emergiu com a criação, em 1981, do Conselho Consultivo da Administração Previdenciária - CONASP que tinha função de:

> organizar e aperfeiçoar a assistência médica, criando critérios no alocamento dos recursos previdenciários, políticas de financiamento, assistência de saúde, além de analisar, avaliar, operacionalizar e controlar a assistência médica” (LEGISLAÇÃO CONASP- art. 3°, 1981, p. 2).

O CONASP era gestado por representantes da sociedade civil, prestadores de serviços contratados/conveniados. Em 1982, ao recuperar as propostas do PREV-SAÚDE, esse conselho propôs mudanças na sistemática de pagamentos, mecanismos de auditoria e utilização da capacidade técnica dos serviços públicos em saúde pelos estados e municípios, sendo também precursor das propostas de descentralização municipal da saúde, bem como formulação das Ações Integradas e Saúde - AIS (1984).

As AISs, em sua história, fortaleceram e valorizaram a gestão colegiada com os usuários que participavam dos serviços de saúde. Esse conselho dividiu-se em dois momentos: um anterior à Nova República e o outro posterior a ela. Nas experiências vividas, as AISs passaram de estratégia setorial e integraram-se à reforma política da saúde. Estavam inseridas dentro do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social-INAMPS e das Secretarias de Saúde. Gradativamente, a partir de 1984, destinou-se para as Ações Integradas e Saúde 12% do orçamento do INAMPS. Em 1988, atingiram a todos os estados brasileiros e 4.000 municípios existentes. (CUNHA; CUNHA, 2001, p.297).

Com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, precedida de conferências municipais e estaduais e da participação consistente do governo, trabalhadores e prestadores de serviços de saúde, houve uma ampliação mais efetiva para a atenção primária. No documento final da Conferência, sistematizaram propostas sincronizadas que determinaram os passos na consolidação da Reforma Sanitária brasileira. A CNS, em seu relatório final, evidenciou o grande avanço da “Saúde como Direito de Todos”, passo relevante para o contexto da atenção primária. Em seu texto final - Tema 01 - está escrito:

> a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (VIII CNS, 1986, p. 04).

O documento da VIII-CNS confirma o modelo neoliberal brasileiro e serviu de base para as negociações da Assembleia Nacional Constituinte. Também corroborou para reformulação do Sistema de Saúde denominado Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS (1986) -, ao tornar-se uma estratégia na transição para o Sistema Único de Saúde - SUS. Seria esse sistema que sugeriria a transposição dos serviços do INAMPS para estados e municípios. Incorporou a estadualização dos serviços em que os governadores estaduais disputavam os recursos da Previdência.

Paralelamente foram reprimidas as aplicações dos recursos estaduais da saúde para serem usados em outras ações, incorporando-os aos federais, o que colaborou nas negociações clientelistas dos municípios. Diante dessas circunstâncias, a Assembleia Nacional Constituinte, em 1988, aprovou a criação do SUS como direito de todos e mantido pelo Estado, norteado pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade, organização descentralizada e comando único, regionalização e hierarquização, além da participação dos cidadãos brasileiros. (VIII-CNS, 1986, p. 05).

1.3 O Sistema Único de Saúde: princípios, doutrinas e organização

O Brasil alavancou e fortaleceu sua política de saúde através do SUS, regulamentado na Constituição Federal de 1988, artigo 196, respaldado através das Leis Orgânicas da Saúde de nº 8.080/90 e nº 8.142/90. Estas visam, na sua essência, estabelecer as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências. Também determinam que todos os entes federados fossem responsáveis pela gestão da saúde no território nacional.

O SUS ainda traçou diretrizes para a população brasileira, ao garantir o acesso aos serviços públicos de saúde, resguardando fidelidade à cidadania nacional por meio da administração direta e indireta e das fundações assistidas pelo poder público. As bases dessas leis aparecem como cumprimento do que consta no artigo 6º da

Constituição Federal/1988, o qual traz em sua redação: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

O SUS tem como objetivo instituir a saúde como direito de todos e dever do Estado, inserido nas políticas sociais e econômicas do país, que buscam alterar as condições de desigualdade na assistência à saúde dos brasileiros, auxiliando na redução dos riscos de doenças e outros danos a ela agregados. Seu acesso é universal e igualitário no que concerne à proteção e promoção da saúde. (BRASIL, 2000). Nesse sentido, Figueiredo *et al.* (2007, p. 23) ao inferir sobre o objetivo do SUS, escreve que:

> O SUS é constituído pelo conjunto das ações e dos serviços de saúde sob gestão pública, organizadas em redes regionalizadas e hierarquizadas, e atua em todo território nacional, com direção única em cada esfera de governo sendo seus princípios norteadores: universalidade, integralidade, equidade, participação social e descentralização, que garante à população acesso universal, igualitário e restrito à saúde.

Outra visão é entender a Atenção à Saúde como um projeto que “iguala a saúde com condições de vida. O direito à saúde, nessa visão, confunde-se com o direito à vida”. O conceito amplia-se ao estabelecer aos elementos condicionantes da saúde o meio físico, o meio socioeconômico e cultural e a garantia de acesso aos serviços disponibilizados como agentes responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde. Então, para que o cidadão usufrua do SUS, necessita de um conjunto de fatores que coordenados vão interferir positivamente nas condições de uma vida saudável. No caso brasileiro, essas situações são bastante utópicas e estão vinculadas à qualidade dos serviços disponibilizados, portanto para se desfrutar de saúde plena é necessário um conjunto de elementos essenciais para tal. (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 299).

A Constituição da Organização Mundial de Saúde, em 1946, preconizava que a saúde estava condicionada ao bem-estar físico mental e social. Essa afirmação reforça que a acessibilidade, participação e que o envolvimento das pessoas no que

é decidido no território de saúde é fator imprescindível no seu bem-estar, pois os níveis de saúde da população expressam as formas de organização socioeconômica do município, estado e país. Nessa visão, “a saúde não está unicamente relacionada à ausência de doenças”, mas também com o modo de vida do cidadão, seus hábitos, estilos, informações e estruturas disponibilizadas pelos serviços públicos. (CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1946, p.1).

No mesmo foco, Monnerat; Senna e Souza (1996) afirma que a redemocratização da saúde e o envolvimento da sociedade civil fortalecerão as novas políticas públicas, através de seus atores, interrompendo as estruturas tradicionais da saúde e gradativamente acrescentando a elas novas modalidades necessárias para romper os estigmas anteriores que fortaleciam a centralização das ações nesse setor. Diante do exposto, indagar-se-ia, mas afinal o que é saúde? Almeida, Castro e Lisboa (1998, p.11) asseveraram que:

> [...] a saúde deve ser entendida em sentido mais amplo, como componente da qualidade de vida. Assim, não é um “bem de troca”, mas um “bem comum”, um bem e um direito social, em que a cada um e a todos possam ter assegurados o exercício e a prática do direito à saúde, a partir da aplicação e utilização de toda a riqueza disponível, conhecimentos e tecnologias, desenvolvidos pela sociedade nesse campo, adequados às suas necessidades, abrangendo promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças.

Para regulação e cumprimento dos princípios norteadores do SUS, nas três esferas governamentais, políticas públicas de saúde foram elaboradas com a finalidade de atender à promoção da saúde na Atenção Primária. Entre os eventos internacionais/nacionais que marcaram o início das ações de promoção da saúde, destaca-se a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, que norteou os predicativos do amplo conceito de promoção da saúde definido como:

> o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida. (OTTAWA, 1986, p. 01).

O município, intermediado pelos gestores, tem função de destaque na relação território de saúde/usuários, é nele que as pessoas residem e as inter-relações são efetivadas. O estado e os municípios trabalham em cooperação técnica, levando em conta a diversidade das problemáticas contidas nesses espaços. Para maior desempenho nas ações da descentralização dos serviços de saúde nas esferas governamentais, ao município coube a responsabilidade de desenvolver esse processo, pois nele é que as territorialidades são vividas, organizadas e ofertadas através das múltiplas funcionalidades em saúde.

O SUS busca incorporar todas as dimensões democráticas, ao relacioná-las com as forças políticas internas na gestão dos serviços relevantes para a manutenção da unicidade das práticas em saúde. O Brasil organizou tal Sistema associando-o com as peculiaridades culturais e socioeconômicas além das determinações locais, porém, mesmo descentralizando os serviços, tem o apoio político-administrativo no controle social do Sistema. (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 300).

A descentralização tem como precedentes a regionalização e a hierarquização dos atendimentos ao Sistema, organizando e propondo medidas para torná-lo eficaz nos aspectos de atendimento e aplicação dos recursos. Isso significa que a gestão local tem autonomia no processo de descentralização do território da saúde. O sucesso dessas políticas depende muito mais da fidelidade às leis, portarias e decretos durante a execução no espaço da saúde local, do que de ações isoladas. Diante do exposto, cada município, ao gerenciar a saúde, deverá honrar as diretrizes que regem o SUS, por meio do qual os consórcios público-privados, se ajustados à lei da saúde, muito contribuirão para promover o bem-estar e a qualidade de vida da população no território em que estiver inserida.

Portanto, o SUS regulamenta, fiscaliza e controla as ações e serviços de saúde independente do funcionamento, o que é traduzido por Cunha e Cunha (2001, p. 299) como “autoridade e responsabilidade sanitária”. Outro aspecto a ser enfatizado é fato de o SUS assegurar, no sistema, um amplo direito à “seguridade social”, respaldado pelo artigo 194 da CF/88, que o conceitua como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinada a segurar os direitos relativos à saúde, à previdência e assistência social”.

Nesse foco, a gestão do SUS é desenvolvida em um núcleo comum “único” organizado nos princípios doutrinários e de operacionalização. São eles:

a) Universalidade: a saúde passa a ser um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar esse direito, a saber, todas as ações e serviços devem ser garantidos independentes do sexo, raça, renda, ocupação e outras características sociais ou pessoais.

b) Equidade: busca diminuir as desigualdades, atendendo às necessidades dos cidadãos através dos serviços disponibilizados de acordo com as carências. A equidade é vista como um princípio de justiça social[7].

c) Integralidade: considera o cidadão como um todo. As ações em saúde são integradas, vão da promoção até a reabilitação. Esse princípio também se articula com as demais políticas públicas de forma intersetorial repercutindo na qualidade de vida de seus assistidos.

d) Regionalização e hierarquização: os serviços são orientados e organizados nos níveis crescentes de complexidade, determinados a partir das áreas geográficas. Nelas são planejados segundo os critérios epidemiológicos e conhecimentos da clientela a ser atendida. Essa regionalização é um processo de comando unificado que articula os serviços existentes, os limites dos recursos de saúde disponíveis nas localidades, assim como o acompanhamento dos fluxos, ou seja, “a referência e a contrarreferência” dos mesmos.

e) Participação dos cidadãos: esse princípio está fundamentado em um amplo debate democrático através dos Conselhos[8] e Conferências de Saúde[9] que

[7] É instrumento de planejamento, organização, operacionalização e normatização das instruções técnicas de sua responsabilidade. (MS, 2005).

> redigem estratégias, controlam e avaliam a execução das políticas de saúde. A complementaridade dos serviços é feita pelo setor privado e são determinados, organizados e articulados através de Lei Licitatória Federal n° 8.666/1993.
>
> f) Descentralização e Comando Único: é a redistribuição do poder e responsabilidade nos três níveis governamentais. A descentralização na saúde objetiva prestar serviços com maior qualidade garantindo o controle e a fiscalização dos usuários. No Sistema, aos municípios foram oferecidas condições gerenciais, técnicas, financeiras e administrativas no exercício da função. A descentralização é também conhecida como municipalização, o que facilita o monitoramento dos cidadãos ao Sistema. Cada esfera do governo é soberana e autônoma nas atividades e decisões através dos gestores de saúde dos entes federados. (CUNHA; CUNHA, 2001, p. 301-303).

A figura 01 demonstra o diagrama dos princípios doutrinários do SUS, ratificando a interdependência, as peculiaridades e as determinações locais, intermediadas pela gerência aos cidadãos, seja por sua descentralização político-administrativa ou pelo controle social do Sistema.

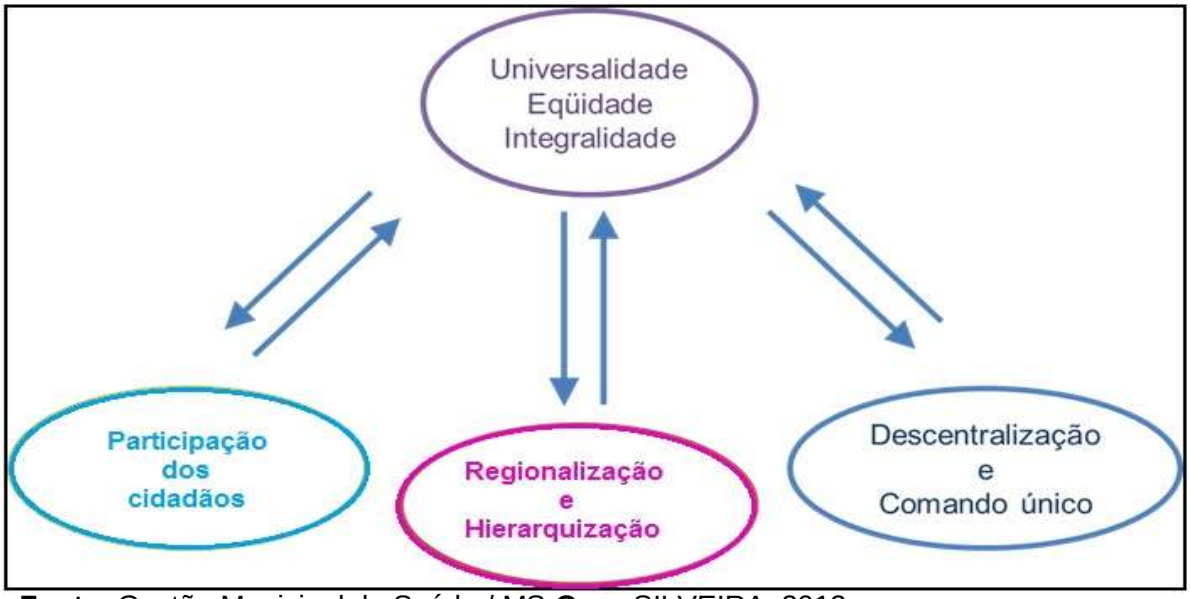
A estruturação do sistema público de saúde brasileiro está orientada pelas Normas Operacionais Básicas-NOBs criadas por portarias ministeriais com finalidade de definir as competências de cada esfera do governo, estabelecer e programar os requisitos necessários para o exercício cidadão do Sistema, inclusive no desenvolvimento de ações táticas na operacionalização. Sua organização abrange três dimensões: política, técnica e a administrativa. A primeira está firmada nas questões públicas ligadas à saúde articuladas com as ações institucionais. Toda orientação está voltada para “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE NOB, 1996).

---

[8] Neste contexto, os Conselhos de Saúde são paritários, com a metade de seus membros de usuários e a outra composta pelo governo, trabalhadores da saúde e serviços privados, isto é, nos três níveis governamentais e são de natureza deliberativa. (PORTAL SAÚDE, 2012).

[9] As Conferências de Saúde são fóruns representativos dos seguimentos sociais que propõem diretrizes para colaborar nas definições da política de saúde, bem como avaliar as situações normais e adversas nos três estratos governamentais. (PORTAL SAÚDE, 2012).

Figura 01: Princípios Doutrinários e Organizativos do Sistema Único de Saúde - SUS



Fonte: Gestão Municipal de Saúde / MS **Org.:** SILVEIRA, 2012.

Considerando a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do SUS, foi necessário institucionalizar estruturas que norteassem a gestão da Atenção Básica. Para isso, constituíram-se as Normas Operacionais de Assistência à Saúde-NOAS que orientaram a implantação dos Planos Diretores de Regionalização dos Estados brasileiros dentro do princípio da equidade. Paralelamente foram criados a Comissão Intergestores Tripartite-CIT e o Conselho Nacional de Saúde - CNS visando ao aperfeiçoamento do Sistema. (MINISTÉRIO DA SAÚDE NOAS, 2001).

As Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS-SUS, 2001/2002) em seu objetivo maior, propõe: “Promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção.” Essas normas estão fundamentadas em três pilares: na universalidade, na integralidade da atenção e na equidade, o que amplia o acesso aos serviços de saúde. Dessa maneira, o processo de descentralização e equidade incorpora-se à organização dos Sistemas de Saúde Funcionais e busca envolver todos os níveis de atenção não limitados aos territórios municipais e estaduais de planejamento e, se for necessário à saúde, serão extrapolados aos limites dos Estados, ao superar, assim, o caráter cartorial que envolve os demais entes federados brasileiros.

No princípio da equidade, quando se viabilizam serviços eficientes e adequados às prioridades e necessidades da população, as ações preventivas em saúde são de expressiva singularidade no Sistema. Controlam a ocorrência das enfermidades e sua propagação por meio de diversos ajustes sanitários que reprimem os processos de doenças coordenados pela Vigilância Epidemiológica e Sanitária. Esse processo é imprescindível para a Atenção Integral à Saúde, pois é ela que orienta tecnicamente os profissionais envolvidos nas decisões e controle das doenças e seus agravos, além dos condicionantes da área geográfica e população previamente definida. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

No conjunto de propostas que regulamentam a NOAS, a regionalização é considerada como macroestratégia fundamental na melhoria do processo de descentralização. Esta deve observar a lógica do planejamento integrado, de acordo com a qual, as redes articuladas e cooperativas de atenção, em seus territórios, busquem a resolução dos problemas de saúde, oferecendo ao usuário os recursos disponíveis. Isso significa que as populações dos territórios, os mecanismos de comunicação e os fluxos de inter-relacionamentos e associados estão empenhados com base na equidade, através das redes locais, estaduais ou federais em garantir o atendimento de saúde necessária ao território, em uma gestão descentralizada.

A NOAS/2001/2002 prevê três grupos de estratégias articuladas que colaboram na regionalização da saúde e objetivam a descentralização com equidade no acesso. São elas:

> - Elaboração do Plano Diretor de Regionalização e diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando à conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis.
> - Fortalecimento das capacidades gestoras do SUS, que compreende um conjunto de estratégias voltadas para consolidar o caráter público da gestão do sistema, por meio da instrumentalização dos gestores estaduais e municipais para o desenvolvimento de funções como planejamento/programação, regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de consolidação de compromissos entre gestores.
> - Atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios, visando superar o caráter cartorial desse processo e torná-lo coerente com o conjunto de mudanças propostas. (NOAS – SUS 01/01, p.16).

Na elaboração do Plano Diretor de Regionalização dos Estados e na Organização Regionalizada da Assistência, a NOAS 2001/2002 orienta que todo o processo será desenvolvido no âmbito estadual por intermédio das Secretarias de Estado de Saúde. Envolve o conjunto de municípios, a delimitação das regiões de saúde e o planejamento proposto para as ações e serviços, em um enfoque territorial-populacional, ao obedecer aos limites descritos nas Normas e na autoridade dos gestores municipais. Estes devem participar ativamente do Sistema de Regionalização e dos Programas referentes à Pactuação Integrada dos Estados, com o objetivo de garantir o acesso dos usuários aos demais níveis de Atenção que não estão inseridos nos territórios, de forma ágil e mais próxima das residências. Esses critérios são imprescindíveis ao sucesso do atendimento à população.

Nos Estados, as SESs devem organizar um planejamento integrado que resultará em Planos Diretores de Regionalização. Trata-se de um processo dinâmico e permanente, instrumento de orientação das regionalizações, em que as prioridades de intervenções estão ligadas às necessidades de saúde e envolvem os partícipes em todos os níveis de atenção. Os Planos Ordenados devem estar em sintonia com os de seus Estados, em perspectivas dos princípios de territorialização. As instâncias regionais são os espaços-referência para os planejamentos e funcionam como estruturas de representações regionais das SESs.

A definição das Comissões Intergestoresbipartites-CIBs, em seus desencadeamentos, são partes importantes no processo, são elas as responsáveis pelo planejamento integrado e pela elaboração dos Planos Diretores de Regionalização em cada Unidade da Federação, adequando-os às normas nacionais e às condições específicas de cada Estado ao propor medidas reguladoras das relações Estados/Municípios e Municípios/Municípios nas ações do SUS e de seus serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE – SECRETARIA EXECUTIVA, 2001, p. 01).

O conceito de região de saúde adotado pela NOAS-SUS 2001/2002 é amplo, uma vez que as unidades federativas possuem suas características próprias. Já o conceito de módulo assistencial está fortemente vinculado à organização da

assistência nos Estados/Macro/Microrregiões[10], correspondendo a “um nível mínimo de resolutividade da Atenção”. A NOAS, além de estabelecer as diretrizes gerais, norteia propostas para a organização da assistência nos níveis de complexidade e resolutividade; ademais, orienta sumariamente os passos a serem seguidos na caracterização das estratégias de Ampliação da Atenção Básica concernentes à qualificação das microrregiões de Assistência à Saúde e à sua organização de média complexidade e políticas para a alta complexidade.

Essas recomendações tiveram origem nas experiências acumuladas nos processos de implantação da Atenção Básica nos Estados e servem como orientação para as reflexões/decisões nas práticas e exercício das estratégias de ampliação nas microrregiões. No corpo da NOAS 2001/2002, essas indicações estão detalhadas e devem ser consideradas nos diversos exercícios:

- Organização da Ampliação na Atenção Básica.
- Garantia do primeiro nível de referência intermunicipal e a qualificação de Regiões/Microrregiões na Assistência à Saúde.
- Organização da Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.
- Assistência de Alta Complexidade.
- Fortalecimento da capacidade de Gestão do SUS.
- Elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI).
- Garantia de Acesso da População referenciada entre Municípios.
- Fortalecimento da Regulação, Controle e Avaliação do SUS.
- Hospitais Públicos sob a gestão de outro Nível de Governo.
- Revisão dos Critérios de Habilitação de Municípios e Estados: habilitações de Municípios e Estados, Critérios para desabilitações dos Estados e Municípios. (NOAS-SUS 01/01, p.19-28).

A NOAS-SUS 2001/2002, no que diz respeito à base territorial de planejamento e estrutura administrativa, no âmbito dos estados, considera as variáveis geográficas, sanitárias, epidemiológicas, de ofertas de serviços, entre outras. Cada estado deve estabelecer critérios para as unidades mínimas de qualificação, agregando a oferta assistencial em relação a cada módulo. Necessita de orientação na delimitação das bases territoriais de planejamento do estado; nos critérios de definição dos níveis de organização dos territórios; nos módulos assistenciais dos municípios e sedes,

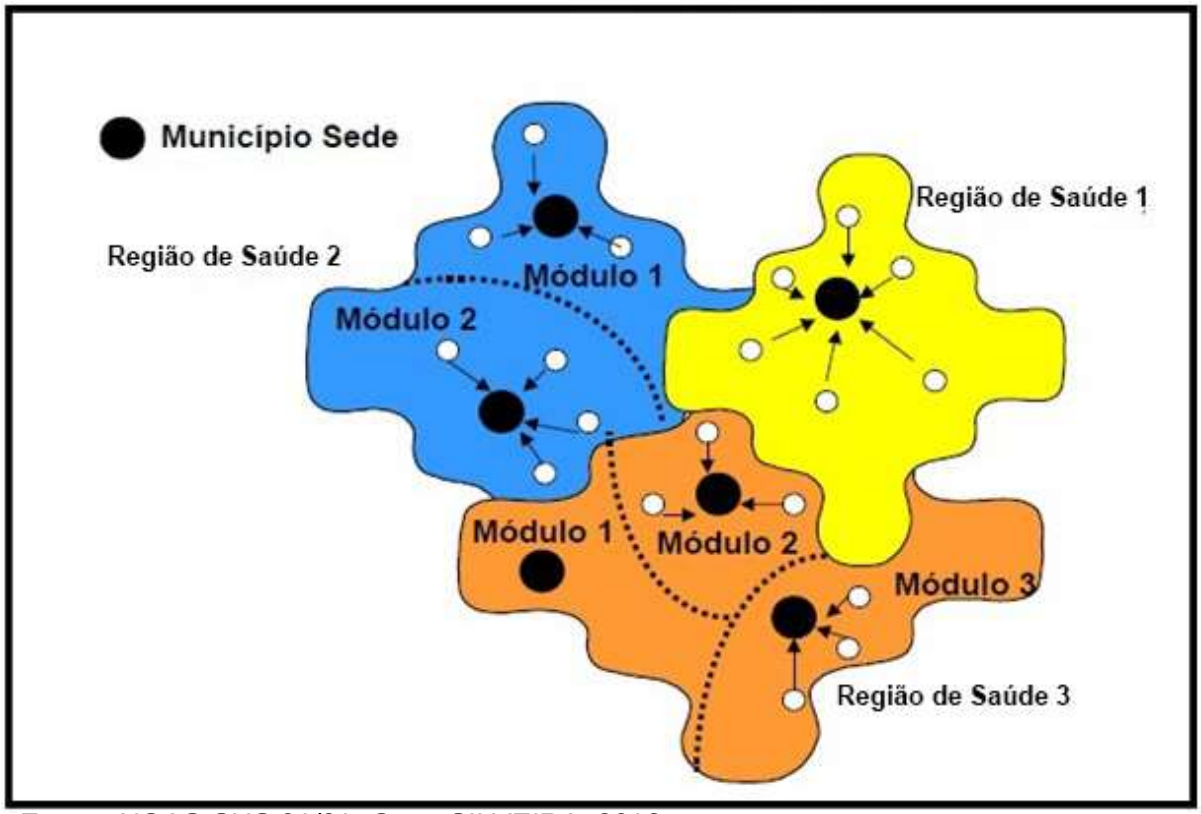
[10] No Estado de Minas Gerais, estas nomenclaturas foram alteradas através da Deliberação CIB-SUS/MG, nº 1.219, de 21 de agosto 2012. A macrorregião passa a ser denominada Região Ampliada de Saúde- RAS e a microrregião, Região de Saúde - RS.

primeiro nível de referência; na população de cada microrregião na área de abrangência.

O modelo de regionalização, no âmbito dos estados, compreende de um ou mais módulos assistenciais e suas resoluções. Nas macro ou microrregiões, podem apresentar-se municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal -GPSM, que, apesar de disporem de ações e serviços que atendam a população no primeiro nível de referência, não precisam desenvolver o papel de sede para outros municípios. Poderá existir um módulo assistencial instituído por um único município. A figura 02 a seguir exemplifica as inter-relações possíveis entre os módulos assistenciais e os municípios-sede.

O SUS complementa e executa ações nos Hemocentros, Bancos de Sangue, Laboratórios, Hospitais – aqui inclusos os Universitários -, além da participação direta e efetiva das Unidades Básicas de Saúde da Família – UBS (porta de entrada das ações de saúde local).

Figura 02: Modelo de Qualificação das Regiões de Saúde na Assistência à Saúde para os Estados



Fonte: NOAS-SUS 01/01. **Org.:** SILVEIRA, 2012

Também de Fundações e Institutos de Pesquisas, tais como o Vital Brasil - IVB, que exerce funções relevantes no setor público com a produção de medicamentos, produtos imunobiológicos, quimioterápicos e biológicos, resultantes de estudos e pesquisas nas áreas de Farmácia e Biologia, sempre pautadas no desenvolvimento socioeconômico de seus usuários e da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, inteiramente ligada aos projetos em benefício da saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Para atingir os objetivos de promoção, proteção e recuperação da saúde defendidos na lei nº 8.080/90, o Ministério da Saúde criou, como estratégia, a Atenção Primária em Saúde (anteriormente nomeada de Atenção Básica em Saúde) como principal modelo de atenção que é intermediada pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS em 1991.

Esse Programa, nomeado como Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde - PNACS, vinculado à Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, desenvolveu parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais do país. Inicialmente foi implantado nas regiões Norte e Nordeste do Brasil com objetivo de contribuir na redução da mortalidade infantil e materna. Sua iniciativa surgiu em 1987 através de experiências dos Agentes Comunitários de Saúde no estado do Ceará os quais procuravam incentivar a conscientização da população para a Atenção Primária em Saúde e também na universalização dos atendimentos e descentralização das ações. (MINISTÉRIO DA SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2005).

Em 1993, foi denominado de Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, com foco na família como unidade das ações, serviços e práticas em saúde, alterando o princípio do âmbito individual para o familiar. Sua cobertura atendia aos cidadãos cuja saúde estivesse em situação de risco e em condições de vida precária. Essas áreas eram demarcadas geograficamente pelo então Agente Comunitário de Saúde - ACS, um dos importantes atores na execução da nova estratégia o qual era representado por pessoas da comunidade treinadas, capacitadas e supervisionadas pelos profissionais da saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2005, p.16).

O trabalho dos ACSs era fortalecido pela intermediação entre os serviços de saúde, comunidade e de ampliação do acesso às informações. Foram os ACSs responsáveis pelo cadastramento das famílias nas Regiões de Saúde em seus “territórios de trabalho” dando ênfase às dificuldades potenciais e, em especial, às áreas de risco. Nesse sentido, fica evidente que o recorte territorial (território de abrangência) correspondente à área de atuação das ESF ou dos ACSs e pode abarcar um bairro, uma parte do bairro, ou vários bairros, em áreas urbanas ou rurais. (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

Atualmente o Agente integra-se à equipe multiprofissional e sua função ultrapassa o campo da saúde, pois demanda atenção a complexos e múltiplos aspectos das condições vividas pela população no seu território, fato que requer ações intersetoriais. O ACS, no contexto da ESF, possui tarefa integradora e de retroalimentação de todo o processo da Atenção Básica.

Em 1994, o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família - PSF como Política Nacional de Atenção Básica e posteriormente renomeada para Estratégia Saúde da Família - ESF. O PACS, a partir dessa data, foi integrado às ações e serviços da atual ESF.

É preciso ressaltar que o processo social de criação do SUS exigiu políticas e princípios claros, todos permeados por lutas consistentes para fazer valer o processo de redemocratização e descentralização da saúde no país. Por ser um sistema público, desde o início, demonstrou resultados positivos inquestionáveis para a saúde de seus usuários. Apesar dos problemas enfrentados, é, em todo o tempo, norteado pelos princípios de universalidade e integralidade, deles resultam os avanços e as reflexões substanciais para o futuro.

Dentro de suas propostas concretas, a Estratégia Saúde da Família demonstra, com veemência, que existe concretude nas ações preventivas da Atenção Básica e que é possível desenvolver, na base dos territórios de saúde, um trabalho efetivo que combata às frentes tendenciosas para corromper as propostas já efetivadas de

Atenção Primária. A ESF, em suas ações cotidianas, tem registrado significativos avanços na qualidade de vida e democratização da saúde.

A territorialização solidifica as ações de saúde com propostas claras e objetivas, ao desenvolver uma metodologia específica e executada por uma equipe multiprofissional. Apresenta nas práticas evidências de novas posturas e criação de uma sensível conscientização quanto à Atenção Básica e seus cuidados no que se refere à população atendida. Dessa maneira, firma, em todo o processo, o respeito pelas singularidades locais resultantes da vivência e convivência da sociedade no meio em que vive.

No próximo capítulo, discutir-se-á a respeito de categorias geográficas abordadas em seus diversos usos e conteúdos aplicados ao SUS através da Estratégia Saúde da Família e ao processo de territorialização. Estão fundamentadas nas orientações do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros/MG e articuladas dentro das possíveis contribuições da Ciência Geográfica na delimitação do espaço da saúde.

CAPÍTULO 2:
CATEGORIAS GEOGRÁFICAS - UTILIZAÇÕES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO

Vista aérea parcial da cidade de Montes Claros-MG



Fonte: AEROMOC, 2012

"[...] a formação do território dá ás pessoas que nele habitam a consciência de sua participação, provocando o sentimento de territorialidade que, de forma subjetiva, cria uma consciência de confraternização entre as mesmas".
(MANUEL CORRÊA DE ANDRADE, 2002).

Este capítulo tem como propósito contribuir para o aprofundamento das discussões sobre a temática “Território e Saúde”, refletindo sobre importantes abordagens no sentido *stricto* das categorias geográficas e de seus pressupostos, importantes na articulação das práticas da saúde pública brasileira, entre elas, a Estratégia Saúde da Família e o processo de territorialização, imprescindíveis para a compreensão da temática central deste trabalho, bem como as possíveis contribuições da Ciência Geográfica na territorialização da saúde.

2.1 A historicidade da categoria Região na Geografia e na Saúde

A Geografia, na sua institucionalização como ciência, determinou que as categorias de análise espaço, lugar, paisagem, território e região, ao serem trabalhadas, deveriam ter seus usos aplicados a partir das diferentes visões e influências particulares das correntes do pensamento geográfico. No percurso dessa evolução, essas categorias receberam diversas acepções, variando de acordo com as transformações da sociedade ao longo do tempo. Assim, a Geografia é considerada, devido à amplitude do seu objeto, uma ciência complexa e abrangente. Com vistas à finalidade desse estudo, serão abordadas as categorias região, território (e suas derivações territorialização/territorialidade), espaço e lugar. Elas têm sofrido modificações de acordo com as diferentes matrizes geográficas.

É observado que o vocábulo “região”, em suas raízes etimológicas, tinha, no Império Romano, relação direta com os fatores políticos, relação que acontece ainda hoje. Como ponto de partida, é necessário, portanto, discutir a etimologia da palavra região. Gomes (2001, p. 15), ao escrever sobre a origem desse termo, infere que:

> [...] deriva do latim *regere*, palavra composta pelo radical reg-, que deu origem a outras palavras como regente, regência, regra etc. *Regione* nos tempos do Império Romano era denominação utilizada para designar áreas que, ainda que dispusessem de uma administração local, estavam subordinadas às regras gerais e hegemônicas das magistraturas sediadas em Roma.

As ideias deterministas e possibilistas da Geografia Tradicional oportunizaram o surgimento do determinismo ambiental da escola alemã em que as condições naturais eram vistas como promotoras do desenvolvimento. Parafraseando Corrêa (1987), as condições naturais, em especial, climáticas definiam o comportamento humano, o que interferia no progresso econômico. Diante desse fato fica evidenciado que o desenvolvimento do homem está diretamente relacionado às condições naturais locais que definem o progresso e justificam a expansão em determinada região. O conceito de região natural, herdado do determinismo ambiental, confere esse status a áreas que se assemelham fisicamente. Para Corrêa (2001, p. 184):

> A região natural é concebida como uma porção da superfície terrestre, identificada por uma específica combinação de elementos da natureza, sobretudo, o clima, a vegetação e o relevo, combinação que vai se traduzir em uma específica paisagem natural.

Esse conceito considera como ideia central os aspectos físico/naturais e nela está incluída a participação e a contribuição do homem como sociedade e intermediador com a natureza. É com Kant que a região aparece pela primeira vez ligada à ideia de espaço geográfico e, em seguida, a região geográfica é abordada por La Blache como resultante da interação homem/meio ambiente. Portanto, o homem constitui-se como agente ativo da região em uma relação harmoniosa com a sociedade/natureza. “Um ecossistema onde seus componentes acham-se integrados e são interagentes”. (CORRÊA, 2000, p.125).

A Região Natural foi concebida a partir do Determinismo Geográfico cujas raízes estavam fundamentadas na expansão territorial alemã, no século XIX, quando essa nação justificou as ideologias que o progresso seria determinado pelas condições naturais. As ideias de Ratzel foram importantes para o determinismo ambiental, abordado em seus estudos como espaço vital. Lencioni (1999) afirma que:

> Ratzel considerava que o homem, como uma espécie entre os seres vivos, procurava ampliar seu território às custas (*sic*) do vizinho. Partindo da ideia de que as condições naturais condicionam as formas de vida, chegou a conclusão que os agrupamentos humanos, quando se vê em face a um território limitado, buscam ampliar o seu espaço de vida, mesmo em detrimento de seus vizinhos. (LENCIONI, 1999, p.82).

Corrêa (2000) escreve que foi o determinismo ambiental que proporcionou o conceito de Região Natural entendida como uma porção da superfície terrestre, de dimensões variadas e identificadas pela integração dos elementos da natureza: clima, vegetação, relevo, hidrografia, entre outros. É a natureza que harmoniza a interação do homem com o meio. Essa interação é primordial, para definir as fases de desenvolvimento socioeconômico das sociedades planetárias. E o clima, nesse contexto, torna-se o principal determinante para a apropriação do homem no espaço natural.

Entretanto, a Região Humana ou possibilista surge simultaneamente no século XIX, na França, pelo seu maior expoente - Vidal de La Blache. As potências França e Alemanha disputavam novos territórios de poder, contrariando o determinismo ambiental discutido e defendido por Ratzel. O possibilismo francês no estado alemão era pragmático ao defender que a natureza não dominava o homem, contudo a ação humana interferia no desenvolvimento dos processos naturais. O domínio humano acontecia através do gênero de vida respaldado pela cultura e conhecimento técnico científico, condições essas que permitiam utilizar ferramentas úteis para domínio dos recursos naturais. Assim, segundo Corrêa (2000, p. 28) a região humana resulta da evolução histórica da interação homem/natureza. Essa também é denominada Região geográfica, onde humanos e natureza desenvolvem relações harmoniosas.

Depreende-se desse viés que a diferença central entre a Região Natural e a Região Humana parte do pressuposto de que a primeira determina o ambiente como uma relação de consequências da natureza sobre o homem e suas ações. A segunda, identificada por La Blache como paisagem geográfica, possui abordagens próprias das ações históricas do homem, restritas dentro de suas especificidades. Nesta, os elementos naturais e humanos entrelaçam-se gerando uma unicidade particular.
Posteriormente a Nova Geografia, baseada no neopositivismo, surge em oposição à geografia clássica cuja tônica era marcada pela “neutralidade cientifica” e pela “postura pragmática”. Convenciona-se a essa corrente a ideia de região abstrata, ou seja, no uso de dados estatísticos quantitativos de forma que, para definir uma região, é necessário considerar uma diversidade de dados que reflitam as características regionais, o que desponta então a Geografia Quantitativa. Seus

métodos favoreceram a expansão capitalista que organizou o espaço da época segundo os seus interesses. Essa escola defendia métodos empíricos e o pesquisador era quem definia os critérios a serem utilizados nas diversas divisões regionais. Nesse prisma, discutiram também especificidades da Ciência Geográfica como regiões simples ou complexas, regiões homogêneas e funcionais.

Entende-se por Regiões Simples aquelas que utilizam como forma de regionalização apenas uma variável ou um critério que as identificam. As Regiões Complexas caracterizam-se por aplicarem mais de uma variável ou critério no seu processo de regionalização. As Regiões Homogêneas (funcionalidade local) possuem na sua estrutura concomitantemente as mesmas características das Simples ou Complexas. Surgem da agregação de áreas homogêneas de acordo com os critérios analisados em que a estatística será o objeto determinante. Por fim, as Regiões Funcionais são semelhantes a redes de contextos diversos. Nelas, os elementos como pessoas, mercadorias, informações, decisões e ideias se conectam na geração de uma espacialidade própria, sendo assim, é possível entender a região também como área administrativa. Gomes (2001, p. 53) confirma a importância de tal ferramenta no planejamento público e nas políticas de interesses regionais:

> A região tem também um sentido bastante conhecido, como unidade administrativa e, neste caso, a divisão regional é o meio pelo qual se exerce frequentemente a hierarquia e o controle na administração dos Estados.

Em 1970, duas correntes críticas surgiram da geografia: a fenomenológica e a de cunho marxista. O conceito de região era visto de forma diferenciada. Na primeira, segundo França e Leite (2008, p. 5), “é uma construção mental individual inscrita na consciência coletiva.” Na segunda, a marxista, a concepção de região é considerada como parte de uma totalidade, analisada a partir das diferentes divisões territoriais do trabalho e dimensionada na visão da totalidade histórica. A nova geografia considerada anteriormente como totalidade harmônica não se revelou como tal, pois era visível a desarmonia do capital nos diferentes âmbitos sociais, isto é, “um conjunto disjunto” tendo em vista o subdesenvolvimento emergente no mundo nessa década (LENCIONI, 1999, p.188).

A Geografia Crítica, segundo Santos e Silveira (2003), traz uma carga de engajamento social sem deixar de lado o rigor teórico. Tece críticas à Geografia Tradicional e à Quantitativa, ao taxá-las de abstratas e isentas da realidade social. Assim a Ciência Geográfica volta-se para a sociedade. Nesse sentido, Corrêa (1987, p. 41) complementa essa ideia, ao afirmar que: “O conceito de região e o tema regional são considerados sob uma articulação dos modos de produção, através das conexões entre classes sociais e acumulação capitalista”.

A compreensão da regionalização requer entendimento prévio do conceito de “região”, isto é, requer investigação acerca dessa categoria geográfica. Lencioni (1999, p.188) alega que as bases e que o desenvolvimento de conceitos relacionados à região são encontrados no âmbito da geografia. Mas para alguns estudiosos dessa temática, a região passa a interessar não apenas aos geógrafos, mas também aos envolvidos em questões do espaço socioambiental e, principalmente, de planejamento público. Fica claro que o conceito de região não é linear, porque está associado aos avanços do processo de construção do conhecimento.

O que é, pois, regionalizar? De acordo com Lencioni (1999, p.188), significa fragmentar, dividir o território. Essa divisão é sustentada por um critério, seja ele natural e social seja econômico e administrativo, de acordo com o contexto histórico.

Para Lemos e Lima (2002), as interações entre indivíduo e natureza dão-se no espaço geográfico. Dessa forma, a Ciência Geográfica pode ser utilizada para inferir e interferir no processo de organização desse espaço, mediando a construção das relações do homem no meio.

A região é marcada por um ordenamento/agrupamento, assessorado por técnicas e estatísticas precisas e laboratoriais. Nela a linguagem é rica, com feições burocráticas que se baseiam em teorias acadêmicas e em dados estatísticos, o que neutraliza as possibilidades do trabalho de campo. Por isso, possibilitou a implantação das práticas nas regiões homogêneas, funcionais ou polarizadas e administrativas de forma sistêmica. Pesando os fatores, as definições podem ser

entendidas como absolutas, de substrato concreto (coisa); ou relacionais determinadas pelas afinidades sociais e/ou de poder. (LENCIONI, 1999, p.188-195).

A regionalização da assistência em saúde, contextualizada no tema deste trabalho, é regulamentada pelas NOAS – SUS 01/2001 (Portaria MS/GM n. 95) e 01/2002 (Portaria MS/GM n. 373). Para a NOAS 01/2002 (p. 2), a região de saúde é constituída como:

> Base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando-se as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras.

Guimarães (2005, p. 1018) afirma que a região de planejamento envolve “um conceito operacional com vistas à intervenção dos planejadores” e que, na regionalização da saúde, é preciso planejar o acesso equânime para todos os cidadãos, considerando as informações epidemiológicas e da demanda em potencial dos prestadores de serviços e da população.

Entender os sistemas de redes abordados pela Ciência Geográfica é compreender a relevância que os serviços de saúde estão representados nos diferentes níveis das relações urbanas. Bitoun (2000) enfatiza que é importante averiguar as inter-relações no urbano dentro das áreas que envolvem as unidades básicas de saúde. O autor assevera que, em um primeiro nível, as unidades básicas de saúde e serviços de maior complexidade formam redes infraestruturais básicas nas cidades; no segundo nível, são envolvidos os sistemas gerados com a produção dos serviços e, no terceiro, por outro sistema desenvolvido com atores sociais que dele se apropriam e dão concretude ao Sistema Único de Saúde.

Para Guimarães (2001, p. 165), as últimas mudanças no campo da saúde estão relacionadas aos procedimentos mais amplos de “multi(poli)centralidade”. A localização dos serviços de saúde estaria atrelada aos processos de (re) organização e de sua influência no cotidiano urbano. O autor, quando se reporta aos

escritos de Seabra (1996), escreve que as dimensões alcançadas pelos serviços de saúde são alteradas nos seus usos em equipamentos urbanos, os quais, quando são transformados, confrontam “o universal, necessário e público com o particular, contingencial e pessoal”.

A análise regional externa e interna é um dos critérios para o mapeamento das regiões de saúde. Nessa conjuntura, o senso comum dos grupos sociais, as características locais e a organização sociocultural e econômica devem ser observados. Essas regiões são vistas, sentidas e modeladas através de iniciativas político-administrativas, entendidas como auxiliadoras no exercício das ações e serviços de saúde, são também o reflexo do projeto das imagens que as modelaram, resultantes das decisões diárias de resistências da sociedade que nelas habitam.

Definir as ações, metas, e políticas públicas para as regiões de saúde é compromisso dos entes federados na organização espacial, *locum* das definições de responsabilidades, de indicadores e metas de saúde para as regiões (Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990). São articuladas por grupos de municípios com afinidades e desenvolvem um trabalho cooperativo para atenderem as demandas populacionais dos serviços de Atenção Primária, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar e Vigilância em Saúde. O Decreto 7.508/11 regulamenta os instrumentos para o planejamento dessas regiões, isto é, descrição geográfica da distribuição dos profissionais especializados, ações e serviços disponibilizados pelo SUS. Além disso, direciona a Relação Nacional dos Serviços de Saúde-RENASES e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais-RENAME, que orientarão os gestores em suas deliberações.

Outra categoria geográfica importante nos aplicativos da saúde, especialmente para a Estratégia Saúde da Família, é o território e suas derivações, terminologias geográficas aplicadas às políticas da saúde pública brasileira.

2.2 As premissas da categoria Território: a conquista de novos paradigmas na Geografia e na Saúde

Devido à complexidade da dinâmica dos serviços de saúde, é difícil examinar e identificar todos os meandros percorridos até agora pelos serviços públicos do Brasil no que se refere ao planejamento e à execução das ações em Atenção Primária. Além da categoria região usada nos trabalhos do Ministério da Saúde, outro nexo é estabelecido com enfoque geográfico para a categoria território. Essa também é muito utilizada na gestão da saúde, como em Montes Claros, foco deste estudo, quando, em todos os serviços, os determinantes nela se baseiam.

As premissas sobre território trazem consigo a noção de unidade e multiplicidade na geografia, de forma que essa análise enquadra-se em um ou mais critérios de acordo com as dimensões fundamentais da sociedade (SANTOS, 2002). Não pode ser entendido como matéria fria, como simples área de abrangência ou limite, mas como matéria viva. O autor alude que o conceito de território é antigo e tem sofrido alterações nas dimensões tempo e espaço, nas relações sociedade/natureza e nas ciências sociais, buscando romper a lógica dualista do espaço e sociedade.

O território é dinâmico no processo de inclusão/exclusão social, na tessitura de suas redes as quais expressam e compartilham os bens da civilização, com a intenção de melhorias na qualidade de vida humana. Koga (2003, p.16) contextualiza que “o território é um fator dinâmico no processo de exclusão/inclusão social, uma vez que expressa a distribuição de bens civilizatórios direcionados para a qualidade de vida humana”. O autor afirma ainda que, para haver o entendimento do termo território, é preciso extrapolar as fronteiras da geografia e apoiar-se em ideias apropriadas pelas ciências econômicas, políticas e sociais.

Unglert (1999) deixa claro às diferenças entre território-solo, aquilo a que Milton Santos chama matéria fria, e território-processo (matéria viva): o território-solo é o espaço físico, pronto e definido por critérios geopolíticos que está circunscrito somente à superfície terrestre; território-processo é o espaço em constante

construção, derivado das dinâmicas sociais e de suas manifestações variadas (políticas, culturais, econômicas, entre outras).

As inúmeras discussões teóricas da categoria território são aprofundadas a partir da visão histórica, pois sofreram consideráveis alterações contextuais desde o determinismo geográfico até os dias atuais. A partir de 1950, os avanços e modificações foram uma constante na abordagem dessa categoria.

Nesse período, a discussão sobre Território desenvolveu-se em um processo reflexivo resultante das concepções das ciências modernas, mas nem sempre foi assim, no período em que a Geografia passou a ser considerada uma teoria clássica (1870), o geógrafo e etnólogo Friedrich Ratzel baseou seus estudos deterministas no naturalismo em que o solo era fator determinante no domínio do homem em seu espaço/área. Ratzel analisou o território no sentido material, físico, incorporando-o ao homem como ser inerente a ele, enraizado à terra. Isso se justifica pela necessidade dos humanos de terem recursos naturais para a sobrevivência, para a conquista de territórios e para o crescimento da civilização “espaço vital”, como expressado pelo autor na obra “Impulsão Inata”. (HAESBAERT, 2006).

Suertegaray (2001) escreve que Ratzel, em 1899, preocupava-se com o papel do Estado na direção das ações no território, ou seja, sua concepção beneficiava o fator político, a dominação e a apropriação das relações de poder. O território estava vinculado ao solo, espaço específico ocupado por uma sociedade que se centrava na identidade nacional. Quando se referia ao Estado, no que compete à Geografia Política, este estava diretamente interligado ao solo, à população e à dimensão territorial. Nesse sentido, a sociedade organizada dependia do solo, do conhecimento da natureza física local e das questões histórico-políticas contextualizadas no espaço.

As várias discussões teóricas sobre a categoria Território evoluíram no tempo, enquanto obedeciam principalmente às relações sociais e à organização do espaço e política. Todavia a base territorial do conceito de lugar não foi desprezada. Nesse sentido, os estudos de Geopolítica nas décadas de 1950 a 1980 seguiram os

princípios da Teoria Ratzeliana influenciando nos movimentos da humanidade sobre a Terra. As bases ideológicas e os principais conflitos entre os blocos Capitalista e Comunista tiveram seu nascedouro a partir desse período.

Haesbaert e Limonad (2007, p. 44) asseveram que em tempos de globalização a visão geopolítica do território no sentido de espacialidade social contém limites (concepção precisa, linear de uma área) e fronteiras (região ou faixa ao longo do limite) regidos pelo estatuto do Estado-Nação, todavia não restrito somente a ele. A territorialidade emana do território e é compreendida como uma estratégia geográfica que controla e influencia as relações e decisões das pessoas através do domínio em uma determinada área.

Portanto, segundo os autores, existe uma gama de territórios na superfície terrestre, consequentemente uma diversidade de territorialidade com dimensões e conteúdos específicos, dependendo das relações estabelecidas de sociedade *versus* natureza no cotidiano, a começar dos níveis locais, regionais, nacionais e supranacionais, de acordo com a maior ou menor flexibilidade e formalização dos territórios. Na sociedade global, uma "nova identidade sócio territorial também planetária torna-se imprescindível", pois a consciência global dos problemas político-militares, socioeconômicos, ecológicos e médico-sanitários são inerentes e acoplados a inúmeras redes em uma ideia de unicidade que, de acordo com os autores, formam "um grande lugar, o território-mundo". (HAESBAERT; LIMONAD, 2007, p. 13).

Dessa maneira, nos territórios da saúde, os limites e fronteiras são extrapolados quando vão além dos muros das Unidades de Saúde para atender às necessidades das ações e serviços em prol da promoção da saúde dos usuários, fato que viabiliza a ideia de Haesbaert e Limonad (2007), ou seja, a unicidade do território do mundo global.

Para Raffestin (2005, p.10), limites e fronteiras são interconectados, visto que é na fronteira que se encontra o limite. Porém, apresentam concepções diferentes, a fronteira é mais abrangente e tem a ver com uma região ou faixa, enquanto o limite está relacionado a uma concepção precisa, linear e bem definido no solo. A fronteira

não é somente um fato geográfico, é fato social e nela simultaneamente estão contidos os valores materiais e morais. O limite representa a divisão ou separação de duas ou mais situações, o qual é materializado além de um traço sobre o solo, pois representa as relações de poder para configurar o ordenamento dentro de um determinado território.

Para Hissa (2002, p. 36), o limite é a “delimitação político-administrativa”, é compartilhado no ato de governar e possui intrínseca relação com as ações de controle. Todavia “a fronteira não é apenas limite que se projeta no território”, “separa os indivíduos” e “se projeta na sociedade”, somente porque “não há como separar a sociedade do território”. Nela se manifestam diversos poderes por intermédio das categorias e processos de construção do território, desenvolvidos nas relações sociais entre pessoas e coisas.

Após os anos 1980, o território passou a ser compreendido como produto das relações sociais organizado espacial e politicamente ao valorizar os aspectos culturais e simbólicos desenvolvidos na base territorial, local de abrangência. Nessa temática, estão incluídos os conceitos de espaço, lugar, territorialização e territorialidade nos processos sociais. (SAQUET, 2007).

Em decorrência dos acontecimentos históricos e geopolíticos, a categoria foi enfraquecida em seus fundamentos. Simultaneamente o território passou a ser aplicado às mobilizações sociais urbanas comprometendo o cenário do espaço público. “Nesse sentido, o discurso sobre o território passa a envolver novas possibilidades ao tornar-se um elemento crucial das reivindicações nas cidades”. (VALVERDE, 2004. p. 120). Somente no início da década de 1990, com o fim do mundo bipolarizado, foram resgatadas as bases conceituais de território, o que favoreceu o surgimento de novas políticas e alianças nas diretrizes econômicas.

Após os anos de 1990, a categoria, devido às mudanças globais, passou a ter conotação mais ampla, diferenciada, pois nela estão contidas questões pertinentes ao controle do espaço físico, social, político e simbólico-cultural das áreas. Neste século, ou seja, no XXI, as mudanças globais evidenciam a pluralidade das

diferenças e diversidades do uso dos territórios pela humanidade. Os Estados-Nações assumem as responsabilidades das transformações ocorridas nos territórios através das ações governamentais como gestores do espaço geográfico.

O território está diretamente inter-relacionado com a história local/regional. Segundo Haesbaert (2006), é considerada a história nele contextualizada de forma difusa e inteiramente conectada com todas as descrições humanas; também aquelas mais restritas que direcionam a compreensão das conjunturas histórico-sociais do meio; além de outras reproduções e símbolos que o notificam. Aqui a história é considerada do ponto de vista das relações de poder e cultura da sociedade, incluindo as múltiplas variáveis dos valores e elementos que a compõem.

As categorias Geográficas constituem-se como objeto de estudos e reflexões. Sendo o Território uma delas, sua análise e conceito decorrem da contribuição de outras ciências como a História, Antropologia, Economia, Ciência Política, Sociologia, Psicologia e Ciências Médicas por abordarem temáticas referentes ao espaço humano. Por isso, devido a sua amplitude, a categoria possui muitas interpretações e faz direta ou indiretamente interlocuções com as ciências afins.

Nesse sentido, a Ciência Política considera as relações de poder em harmonia com o Estado. A História versa se o entendimento dessa categoria está intrinsecamente contextualizado com a Evolução do Pensamento Geográfico e com a veiculação/divulgação das várias teorias. A Antropologia reforça a amplitude simbólica nas inter-relações com a sociedade. A Economia considera o Território um fator locacional ou base de produção. A Sociologia privilegia as relações sociais. A Psicologia oportuniza o conhecimento da identidade pessoal à escala do indivíduo. Para as Ciências Médicas, a compreensão de território baseia-se no cenário das relações sociais, no que tange ao planejamento de ações em Saúde Pública que permitem controlá-las com eficácia. Mas é a Geografia que enfatiza a materialidade do território.

A concepção de território tem, na ciência geográfica, uma larga utilização principalmente no que diz respeito à Geografia Política. Nos estudos atuais, o poder

tem sido um elemento considerado crucial na definição do território. Em uma dessas análises, Raffestin (1993) destaca a relação território/poder enquanto faz uma crítica à Geografia Política Clássica, principalmente às concepções de Ratzel, assinalando como limitações o seu entendimento de poder totalmente concentrado nas mãos do Estado. Para Ratzel (1974/1897), em sua obra *Politische Geographie*:

> O Estado não é, para nós, um organismo meramente porque ele representa uma união do povo vivo com o solo [Boden] imóvel, mas porque essa união se consolida tão intensamente através de interação que ambos se tornam um só e não podem mais ser pensados separadamente sem que a vida venha a se evadir. (RATZEL, 1974/1897, p. 04).

Devido à amplitude das Ciências que a envolvem conceituar essa categoria depende do conjunto de circunstâncias a serem investigadas. Na Geografia, os estudos de Território reportam-se ao século XIX quando Friedrich Ratzel buscou diferenciar a análise do Território da análise de formação territorial. (MORAES, 2002. p. 62). Com a evolução do Pensamento Geográfico, a Geografia foi institucionalizada e estabeleceu-se, assim, a gênese da categoria território. Para Moraes (1992), a Geografia só conquista sua sistematização no início do século XIX.

Nessa interpretação, a análise de território passa a envolver o campo dos sentidos e da sensibilidade humana, trabalhados pela natureza/paisagem no entorno, proporcionando a valorização das questões naturais interligadas ao afetivo e emocional do homem no espaço vivido. Dessa forma, permite a sobrevivência e "equilíbrio" dos indivíduos. A harmonia dessa relação produz bases para a identidade dos sujeitos no lugar - nela a ideia de pertencimento determina a existência do território como espaço do homem. (HAESBAERT, 2006).

O mesmo autor alude sobre a concepção etnocêntrica de território na qual a "base natural" é descartada e a questão territorial concerne ao homem. O domínio do espaço parte do princípio de que os aspectos econômicos e políticos são geridos por classe social ou por grupo influente que domina o comando local na apropriação e construção do espaço vivido, enquanto reproduz livremente a cultura dos grupos. (HAESBAERT, 2006).

Na visão Ratzeliana, o território espelha uma parte do espaço terrestre reconhecida pelo domínio, sendo área de controle de uma comunidade ou Estado. Como Naturalista, seu foco era "a relação de poder e a terra", a saber, “a relação do homem com a terra", formando o território com paradigmas deterministas relacionados entre “o ser e o meio”. (GOMES, 1996. p.188).

Etimologicamente, a palavra território, *territorium* em latim, é derivada do vocábulo latino “terra” e era utilizada pelo sistema jurídico romano dentro do chamado “*jus terrendi* [...] como pedaço de terra apropriado dentro dos limites de uma determinada jurisdição político-administrativa.” (HAESBAERT, 2004, p. 43).

A palavra território normalmente evoca o “território nacional”, o Estado como gestor por excelência (se bem que, na era da globalização, tornou-se um gestor cada vez menos privilegiado) em grandes espaços, em sentimentos patrióticos (ou mesmo chauvinistas), em governo, em dominação, em defesa do território pátrio, em guerras e como justiça, o “bem da verdade”, na escala nacional. (SOUZA, 1995, p. 81).

Desde a origem, o território nasce com uma dupla conotação, material e simbólica, pois etimologicamente aparece tão próximo de terra, *territorium,* quanto de térreo, *territor* (terror, aterrorizar), aliás, tem a ver com dominação (jurídico-política) e com a inspiração do terror, do medo – especialmente para aqueles que, com essa dominação, ficam alijados da terra ou são impedidos de nela entrarem. Ao mesmo tempo, por extensão, para os que têm o privilégio de usufruí-lo, o território inspira a identificação (positiva) e a efetiva “apropriação”. (HAESBAERT, 2001).

Raffestin (1993) afirma que espaço e território são diferentes categorias de análise, pois “o território existente constitui-se da base formada pelo espaço anterior, nele se instalam as novas relações de poder, ou seja, trabalho, energia, informação, ‘o espaço é a prisão original’, o território é a prisão que os homens constroem para si.” (RAFFESTIN, 1993, p. 02). Sob a ação de gestão sintagmática em qualquer extrato da sociedade, é ela que “territorializa” o espaço. O autor contextualiza que o espaço, na visão marxista, não tem valor de troca, e sim, valor de uso (utilidade) e é preexistente a qualquer ação como se fosse uma matéria-prima, ou seja, uma

mercadoria. Nesse sentido, “o espaço é anterior ao território e preexistente a qualquer ação”. Todavia, o território é apoiado pelo espaço, simplesmente como um produto resultante das relações que envolvem o exercício do poder. Assim sendo, todo projeto no espaço é demonstrado por uma imagem desejada de um território e suas relações.

Raffestin infere que a teoria de Ratzel constitui o Estado como se fosse o único núcleo concentrador de todo poder. Seria esta, na opinião de Raffestin, um entendimento cerceador da capacidade de análise geográfica, porque a Geografia com o caráter simplista considera apenas o aspecto particular do poder, não levando em conta as multiplicidades. “O que não é aceitável na medida em que existem múltiplos poderes que se manifestam nas [políticas] estratégicas regionais ou locais” (RAFFESTIN, 1993, p. 17).

Moraes (2002, p. 61), por sua vez, referindo-se aos conceitos de Estado e Território, afirma que os significados entrelaçam-se no mundo moderno, “o Estado é de imediato definido como um Estado dotado de um território”. Nele, as características demarcam o exercício efetivo do poder, pois o controlam e retêm “as partes que constituem o objeto do seu apetite territorial [...] para o exercício do poder estatal: uma jurisdição [...] um Estado territorial”.

No território, a construção política prevê o domínio territorial da superfície que se institui como base física do poder através do aparato estatal. Nessa consolidação do Estado e território, o processo é lento, organiza-se e opera como um espaço político, jurídico, cultural e econômico até tornar-se uma unidade representada, a saber, um país denominado de “formação territorial-estatal”, uma das condições geográficas na construção do Estado moderno. Isso porque os trabalhos da geografia humana, em suas posições empíricas, não valorizaram a constituição histórica dos territórios. Suas abordagens eram centradas no presente e de forma estática. (MORAES, 2002, p. 61-62).

Na Escola Possibilista Francesa, o contexto histórico foi delineado a partir de uma escala de análise regionalizada em que a visão parcial das fronteiras tornou-se uma

premissa. Esse fato rompeu com “a visão coisificada” dos objetos para considerar as abordagens processuais. O enfoque dado ao território passou a ser observado nos acontecimentos históricos advindos da sociedade no seu espaço, o que para Santos (1976, p. 17-23) são “relações espaço-temporais”. Essas relações assumem simultaneamente papéis de elementos individuais dos processos históricos, ao espacializá-los, e de elementos que decorrem de determinações históricas que se materializam e particularizam, no espaço, determinando as marcas do tempo através dos usos sociais ali executados.

Os processos sociais resultado da atuação do homem, trazem à existência materializando e ordenando os lugares na superfície terrestre. Neles estão inseridas as dimensões econômicas, políticas e culturais da sociedade que permitem o resgate histórico, “produto explicável” em uma ótica temporal do território (MORAES, 2002). Conforme explicitado por Moraes (2002), os territórios contemporâneos são espaços de exercício do poder estatal. Seu início foi particularizado nos movimentos políticos da Europa Ocidental que se estenderam por todo o globo, consolidando, assim, “a situação atual de vivermos em um mundo totalmente repartido em estados territoriais”.

Essa visão está associada à ideia de um “espaço identitário”, lugar filiado a uma identidade cultural indeterminada em várias escalas, um dos critérios para legitimar a soberania do território que, em escala específica do “sentimento nacional”, possui identidade coletiva de pertencimento e cultura própria. (MORAES, 2002, p. 65). Como processo, a formação do território é gradativa, suas articulações resultam das formas sociais nele existentes relacionadas com as características físicas – elementos que determinam a qualificação dos lugares.

Outra ideia afirmada por Moraes (2002) é a de que “o território pode ser equacionado como uma construção simbólica vinculada ao imaginário territorial”, mas também se refere a uma materialidade resultante do efetivo domínio do espaço. Por conseguinte, existe uma dialética entre a construção material e a simbólica que unificam os processos socioculturais e econômicos. O território material é *lócus* para

as formas de consciência e representação, já o imaginário é aquele que comanda a apropriação e exploração dos lugares.

Em Haesbaert (2006), foram encontradas algumas discussões sobre território julgadas pertinentes ao tema central deste trabalho. Ao analisá-lo na perspectiva território e natureza, visão “materialista”, o território é considerado por muitos uma “porção da natureza”. Fica reduzido à mera identificação de uma área definida no espaço, assim, negligencia-se a relação sociedade e natureza, objeto da geografia.
É preciso frisar que a ideia de identificar territórios “naturais” livres de relações sociais é absurda, pois pressupõe a existência fixa, definida e absoluta desses territórios. Não se esquecendo das próprias implicações, isto é, “porção da natureza” onde está instalado/definido o território, esta, como agente local, possui caracteres próprios, eventos, disponibilidades, condições, efeitos, entre outros.

Haesbaert (2006, p. 49) comenta a respeito da visão de território e cultura, segundo Bonnemaison e Cambrèzy (1996). Estes afirmam que “a lógica territorial cartesiana moderna” está pautada no “quebra-cabeça dos Estados-Nações” e não admite “sobreposições dando pouca ênfase aos fluxos e movimentos”, hoje “suplantados pela lógica culturalista”. Todavia, Haesbaert (2006, p.49) considera que as concepções de território estão desprendidas da necessidade de estarem ligadas a um único espaço, pois são constituídas de fatores múltiplos que se interagem e vão interferir nessas concepções. Nesse sentido, infere que:

> [...] “se preferirmos, pós-moderna, que a geometria não permite medir e a cartografia, menos ainda, representar”. Nessa [...] “perspectiva o pertencimento ao território implica a representação da identidade cultural e não mais a posição num polígono”. Ela supõe redes múltiplas, refere-se à geossímbolos mais que a fronteiras, inscreve-se nos lugares e caminhos que ultrapassam os blocos de espaço homogêneo e contínuo da “ideologia geográfica” (termo de Gilles Sautter para definir a visão de espaço cartesiana moderna).

Há de se destacar que o território sempre é analisado do ponto de vista político, cultural, em detrimento do econômico, porém, nos estudos feitos sobre a concepção do seu conteúdo, estão englobadas as questões concernentes ao controle, domínio, apropriação simbólica e/ou política. Portanto, a temática econômica está nele

inserida, pois a natureza determina a fixação e a sobrevivência do homem no espaço (HAESBAERT, 2006).

Esse autor, em 2001, analisa a categoria e confirma que as questões relacionadas às dimensões simbólica e material, nos sentidos jurídico e político da terra, são as inspiradoras dos sentimentos de dominação e impedem o livre acesso dos grupos sociais interessados em se inserir no território. Diante dessas colocações, a diferença entre espaço e território, de acordo com Monken*et al*. (2005), é a de que a ideia de espaço não está incorporada a limites e acesso. No território, sua concepção é delimitada e faz restrições para a entrada daqueles que nele não estão inseridos.

Holzer (1996), em uma nova abordagem, analisa território na perspectiva de lugar, na visão subjetiva que soma aspectos simbólicos e culturais do cotidiano dos cidadãos aos seus diversos usos sociais, bem como aos sentimentos de enraizamento/pertencimento com o lugar:

> [...] um território, antes de ser uma fronteira, é um conjunto de lugares hierárquicos, conectados por uma rede de itinerários [...] No interior deste espaço-território os grupos e as etnias vivem certa ligação entre o enraizamento e as viagens [...] A territorialidade se situa na junção destas duas atitudes: ela engloba ao mesmo tempo o que é fixação e o que é mobilidade ou, falando de outra forma, os itinerários e os lugares (BONNEMAISON, 1981, citado por HOLZER, 1997).

Em Raffestin (1993), o território é o espaço apropriado socialmente, é nele que acontecem as relações de poder entre o lugar e o indivíduo. O espaço surgiu antes do território, assim, ao se instalar, no espaço, o agente é territorializado. Destarte, é no território que se estabelecem as mais diversas relações entre o indivíduo, o lugar e o exercício do poder,

> [...] um espaço onde se projetou um trabalho, seja energia e informação, e que, por consequência, revela relações marcadas pelo poder. [...] o território se apoia no espaço, mas não é o espaço. É uma produção a partir do espaço. Ora, a produção, por causa de todas as relações que envolvem, se inscreve num campo de poder. Produzir uma representação do espaço já é uma apropriação. [...] qualquer projeto no espaço que é expresso por uma representação revela a imagem desejada de um território, de um local de relações. (RAFFESTIN, 1993, p. 144).

Após essas breves considerações sobre a história do território tecem-se a seguir reflexões sobre seus aplicativos nos Territórios da Saúde e respectivamente interligados à sua Promoção.

O território expressa um mosaico de tessituras, redes e nós conectados entre si, ao permitir, em sua configuração, o exercício do poder nas ações desenvolvidas pelos indivíduos/grupos no espaço que são materializadas e manifestadas através do domínio e apropriação do território. (RAFFESTIN, 1993).

Na análise do território, é necessário conhecê-lo para que seus agentes o definam, intermediados pelas relações, influências e interações entre os indivíduos. Santos (2002) considera que território, tanto em uso quanto em si mesmo, torna-se categoria significativa para os diversos processos que comumente acontecem nas sociedades. De acordo com o autor, “o espaço é formado por um conjunto indissociável, solidário e também contraditório de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como um quadro único no qual a história se dá.” Essas reflexões evidenciam o espaço geográfico como categoria, devido aos elementos e às dimensões que são imprescindíveis nos estudos do território, os quais são facilitadores para a compreensão conceitual e de seus desdobramentos que são indissociáveis e reforçam as afirmações de Raffestin (1993) a respeito do assunto.

Para Santos (2002) e Raffestin (1993), o poder tem a ver com as manifestações da sociedade no espaço. Nessa ótica, Foucault (2004) enfatiza que a gestão do poder não é somente negativa (castiga, mutila, impõe limites...), mas é também positiva quando a mesma rompe alianças excessivas e exercita as questões de cidadania, entre outras ações. No território planejado e configurado pelo poder público, com certeza o cidadão participa direta ou indiretamente das ações, ou seja, a comunidade é respeitada, ativa nas suas participações, tem identidade e autonomia com o lugar e produz seu discurso.

Haesbaert (2004), ao fazer alusão a Território e Poder, escreve que não se trata somente do poder político ou econômico, mas de qualquer outro tipo de poder. O

território da saúde, objeto deste estudo, é evidenciado nas questões ligadas às relações sociais e de poder projetadas no espaço. O autor destaca dois tipos de território: o funcional e o simbólico. Este faz menção aos significados pertinentes ao território, enquanto aquele se refere às funções de abrigo (casa, família e outros).

Santos (2002), por sua vez, sintetiza essa concepção ao comentar que os territórios em uso são objetos, ações e espaço humano habitado e contextualizado de relações socioespaciais. Acrescenta ainda que a construção do território realiza-se por contribuições históricas particulares ao espaço inerentes à sociedade que nele está configurada. Essas ideias também estão relacionadas nos estudos de Saquet (2007). Dessa forma, diante das questões aqui expostas sobre a categoria território, fica evidente que essa categoria é espaço social marcado, defendido e modificado por grupos específicos no desempenho do poder.

Para a compreensão do Território como gênero, é discutida aqui uma de suas facetas: a territorialidade, que está relacionada ao sentimento de pertencimento e afetividade, consequência da interação entre o grupo social e o lugar. Haesbaert (2004) salienta que é “algo abstrato”, ligado à “imagem” ou símbolo de um território singular. As dimensões políticas, econômicas e culturais estão inseridas na organização espacial nos seus diversos significados como resultado das interações do sujeito com o meio, conforme discorre Raffestin (1993).

Ao considerar essa visão, Soja (1971, p. 34) indica que a territorialidade perpassa por três vieses: o senso de identidade espacial, o de exclusividade e outro de compartimentação da interação humana no espaço. Ressalta que compreender e viver a identidade do Espaço possibilita o acesso para a formação do território. A territorialidade ainda possui três características: a filosófica, que não pode ser definida; a psicológica, que é pessoal e individual e a antropológica, que trata das questões sociais e coletivas. A organização do território segrega a sua própria territorialidade, “vivida”, “agida” diante do poder exercido que poderá incluir ou excluir bens materiais ou humanos.

A categoria território, segundo Holzer (2000, p.119), deve ser estudada frente a três componentes: traços físicos, atividades e funções observáveis em que nelas estão inseridos os significados ou símbolos, porém é preciso delinear e examinar “um fenômeno específico do mundo vivido, elucidando a diversidade e a intensidade de nossas experiências de lugar.” Esses componentes constituem-se em uma rede local em que do físico (meio natural) resultam as diversas atividades desenvolvidas no espaço ou território pelos sujeitos inseridos nesse cenário. As funções observáveis serão produtos dos significados e/ou símbolos resultantes das tessituras formadas no espaço histórico-temporal.

2.3 O Lugar como categoria alusiva ao Território

Na atualidade, para a categoria lugar foram atribuídos valores fundamentais, o que ampliou sua análise e concepção. Santos (2002) discorre que as experiências manifestadas dentro dessa categoria decorrem "de um cotidiano compartido entre as mais diversas pessoas, firmas, instituições-cooperação e conflito são à base da vida em comum." Essa afirmação remete a uma compreensão crítica de como as relações sociedade e meio natural são articuladas e desenvolvidas tanto em escala “local-local” como em escala “local-global”. Nesse prisma, Santos (2002, p. 258), ao referir-se sobre lugar, esclarece que:

> No lugar, nosso próximo, se superpõe dialeticamente ao eixo das sucessões, que transmite os tempos externos das escalas superiores e o eixo dos tempos internos, que é o eixo das coexistências, onde tudo se funde, enlaçando definitivamente, as noções e as realidades de espaço e tempo.

O autor, ao contextualizar o conceito de lugar, fortalece as novas abordagens geográficas do espaço vivido, seja ele local ou global, impregnado de interações objetivas que se articulam com as subjetivas e verticalmente resultam do exercício do poder conectado com as relações horizontais. Essas últimas consistem na coexistência e resistência dos significados e símbolos do território.

Cavalcanti (2006) descreve que o lugar, na ciência geográfica, ultrapassa a ideia de uma simples “localização espacial absoluta”. Aos poucos, o lugar perde sua alusão arcaica, passando a consistir, na Cartografia, apenas em uma dimensão pontual. No discurso da autora, são abordadas três perspectivas que serão analisadas a seguir.

A primeira perspectiva está fundamentada na Geografia Humanística – espaço vivido é resultado das experiências nele desenvolvidas, é íntimo, singular e restrito ao indivíduo. As relações humanas com o ambiente natural caracterizam o comportamento geográfico (sentimentos, ideias, respeito ao lugar). A concepção histórico-dialética corresponde à segunda perspectiva que reflete o contexto da globalização que pressupõe análise das particularidades dos lugares e é “encarada” em âmbito mundial. “O problema local é problema global”; portanto existe um “deslocamento” das inter-relações socioespaciais. Os impactos das transformações globais são particulares em função das possibilidades locais e da “materialidade dos lugares” que, com certeza, provocarão resistências frente à “identidade, ao coletivo e ao subjetivo.”

Carlos (1993, p. 303), ao anteceder aos estudos de Cavalcanti (2006), definiu e teceu análises sobre lugar:

> O lugar se produz na articulação contraditória entre o mundial que se anuncia e a especificidade histórica do particular. Deste modo o lugar se apresentaria como o ponto de articulação entre a mundialidade em constituição e o local enquanto especificidade concreta, enquanto momento. Só é possível o entendimento do mundo moderno a partir do lugar na medida em que este for analisado num processo mais amplo. (CARLOS, 1993, p. 303).

A última perspectiva proposta por Cavalcanti (2006) é a de que a geografia, como ciência, na visão do pensamento pós-moderno, discute a ideia de totalidade para traçar novos paradigmas que expliquem a essência da materialidade do lugar sem perder as marcas da sua identidade. A sociedade nele contida possui dinâmicas próprias que se interagem e movimentam. Assim sendo, os lugares estão sujeitos a exclusões, conflitos, choques culturais, principalmente quando os valores simbólicos e significativos são alijados do processo.

Para Tuan (1983, p.198), o lugar também possui um viés psicológico, pois tem a ver com a afetividade, relação tão importante para o ser humano. O autor expressa que o sujeito só se familiariza com o lugar no decorrer do tempo, pois isso implica anos de vivência e experiências ocorridas e apropriadas por ele indiferente do espaço e tempo. A partir daí, o homem apodera-se do lugar: "O lugar é um mundo de significado organizado". Também infere que espaço e lugar possuem perspectivas da experiência humana.

Essas duas categorias geográficas interagem-se, ou seja, não se compreende uma sem entender a outra, "um espaço transforma-se em lugar à medida que o conhecemos melhor e o dotamos de valor. [...] Quando o espaço nos é inteiramente familiar torna-se lugar. [...] Centro aos quais atribuímos valor e onde são satisfeitas as necessidades biológicas, de comida, água, descanso e apropriação." (TUAN, 1983, p. 198). Esse autor afirma ainda que espaço é transformado em lugar à medida que o acolhemos e o valorizamos. "Lugar é uma mistura singular de vistas, sons e cheiros, uma harmonia ímpar de ritmos naturais e artificiais, [...] sentir um lugar é registrar pelos nossos músculos e ossos." (TUAN, 1983, p. 203).

O conceito de espaço é aqui enfatizado como um "metaconceito", naquilo que é relativo às ações do homem. Enquanto no materialismo histórico, o lugar é singular. Já na Geografia Humanística, lugar é compreendido como parte do espaço onde se desenvolvem as experiências individuais e coletivas que permitem o desenvolvimento da afetividade, "centro de significados construídos pela experiência." (TUAN, 1983, p. 198). Para o autor, o conceito de lugar é mais concreto para o homem do que o de espaço, pois nele se realiza uma simbiose entre o indivíduo e o ambiente, materializada nos processos de participação, percepção e intervenções desse com o meio.

No campo da fenomenologia, a compreensão de lugar tem como ponto de partida a experiência humana. O lugar é existencial, local de afeição e de obrigações a serem cumpridas socialmente, é fonte de autoconhecimento. Para Tuan (1983), é *lócus* das diversas inter-relações com o meio particular, âmago da sua existência.

Santos (1997, p.115) confirma o legado de Tuan (1983) quando escreve que a existência do lugar desenvolve-se no cotidiano das pessoas através das atividades por elas executadas entre seus pares e instituições, ao cooperar e administrar conflitos na “base da vida em comum.” Também que os limites socioespaciais estão contextualizados no lugar, uma vez que a cultura, hábitos, modos de vida, símbolos e relações comunitárias estão nele incorporados. Segundo Tuan (1980, p.114), a “familiaridade engendra afeição ou desprezo” e é inerente de resultados das experiências emocionais vividas nos lares, nos bairros, nas casas, “símbolos próprios da familiaridade” que protege o ser humano das “perplexidades do mundo exterior”.

Assim pensando, o referido autor ressalta que existe um sentimento ”topofílico”, ou seja, existem laços afetivos desenvolvidos pelos seres humanos no meio natural em que vivem. A topofilia “é o veículo de acontecimentos emocionalmente fortes” é percebida “como um símbolo”. (TUAN, 1980, p.107). Oportuniza sentimentos de bem-estar físico, de envolvimento com o lugar e amigos, de paz e felicidade, de contemplação com a “beleza da existência que nos rodeia”, de desfrutar do “bem do mundo”, (TUAN, 1980, p.113). Dessa forma, está subentendido que o lugar faz parte do espaço, o território e a territorialidade estão contextualizados na topofilia do lugar. Portanto, nos estudos dos territórios da saúde, os sentimentos e as identidades locais são imprescindíveis no sucesso da execução dos ditames propostos para as ESFs.

2.4 A Estratégia Saúde da Família e o Processo de Territorialização

A ESF, no seu alvo central, estabelece vínculos que proporcionam laços de compromisso e de corresponsabilidade dos profissionais da saúde a ela integrados e a população do espaço adstrito. Nessa ótica, essa Estratégia visa reverter o modelo assistencial vigente, através do seu objeto primordial, que é a Atenção Primária. Para tanto, a família e o território são precípuos, pois a atuação, organização dos serviços e as práticas partem das bases e critérios da ESF nos territórios que dizem respeito ela.

Diante do exposto anteriormente, pode ser verificado que o território, na sua organização e ações locais, está vinculado a redes de ligação e interligação que formam teias nos ambientes particulares e/ou globais. Essas redes são técnicas e sociais, fatores esses que, na visão de Raffestin (1988), são denominadas de “invariantes territoriais”, pois suas produções estão combinadas com malhas, nós e redes. Entre elas, estão as redes geográficas que resultam as urbanas, consideradas as mais complexas em formas e conteúdos, espaços materiais onde se localizam os territórios da ESF.

Desse modo, no território, os limites espaciais atuam sobre as definições e exercício do trabalho realizado nele, resultantes das condições ambientais e de saúde. Ora os processos socioambientais são restritos aos limites definidos (demarcados), ora transcendem a essa marca, pois os territórios são vulneráveis em decorrência das interações neles realizadas como as particularidades históricas, socioambientais, político-administrativas e autonomia que somadas resultarão em um território contínuo marcado pela natureza exterior e interior da sociedade. (MORAES, 1994).

Outra importante abordagem é que o território está ocupado continuamente por população heterogênea constituída de atores sociais de diferentes culturas, que materializam os conflitos ambientais e humanos locais. Nele é preciso rever a aplicação da justiça ambiental, pois em territórios com sociedades de baixa renda são contraditórios aos critérios organizacionais da infraestrutura, porque, muitas vezes, sua população habita áreas de condições precárias, degradadas, de riscos e, entre elas, são destacadas as áreas de disseminação de doenças infectocontagiosas, onde as enfermidades são transmitidas na interação vulnerável do homem e meio-ambiente.

Assim sendo, o território da saúde na ESF busca minimizar os aspectos danosos do ambiente para a saúde, dentro dos princípios da Atenção Básica. Segundo Leff (2001), a noção de qualidade de vida de uma sociedade deve integrar-se aos projetos culturais, de desenvolvimento e de existência das comunidades, ao satisfazer às necessidades básicas e de ações subjetivas do sentido da vida.

Barreto (1998) reafirma o ponto de vista de Leff, quando descreve que para a saúde é relevante conhecer a história do homem no ambiente. O autor expõe três aspectos determinantes: a história da saúde está atrelada às questões ambientais; a interação saúde e ambiente contrapõe-se na perspectiva biológica do processo saúde-doença, pois o homem está exposto a riscos e a patógenos físicos, químicos e biológicos no espaço habitado e, por fim, que os movimentos sociais são crescentes na preservação ambiental para manutenção da vida humana. O autor alerta para a emergência de ações interdisciplinares e plurais na saúde, que resultarão em melhorias da qualidade de vida dos seres humanos.

Outra questão importante são as redes sociais que formam os “territórios solidários” ou os “territórios afetivos” com fluxos interdependentes e intercorrentes, que estabelecem redes de solidariedade nas comunidades, um pré-requisito para a promoção da saúde e formação de ambientes saudáveis. (SANTOS, 1996). A incorporação da ideia de redes no campo da saúde trouxe novos significados para a malha dos serviços em um sistema articulado de ações significantes na atenção e cuidados em saúde. Para tal, todo processo precisa estar enraizado dentro dos princípios de capilaridade, de cobertura, de acesso aos territórios, em consonância com a capacidade de gestão dos diferentes modos de serviços e produtos da saúde (MENDES, 1999).

Então é percebido que os interesses pela aplicabilidade da categoria território, como nova variável de gestão, tem sido uma prática crescente que aproxima o sistema de saúde com os fundamentos das categorias geográficas. No atual perfil do processo de saúde no Brasil, o território tornou-se necessário para suas análises e discussões. Czeresnia *et al.* (2000) descrevem que o conceito de espaço, apesar de ser categoria fundamental da epidemiologia, em seus aplicativos temporais e humanos eram fragmentados, a saber, o lugar geográfico para a ocorrência das doenças.

A partir da abordagem ecológica das doenças, foi permitida a aproximação do conceito geográfico de espaço e o entendimento do mesmo na epidemiologia[11] (1950). A seguir, na década de 1970, a saúde pública brasileira difundiu o conceito de espaço geográfico em substituição ao espaço geométrico, tão usado nos trabalhos epidemiológicos, expressando condições específicas de grupos sociais em um determinado momento histórico e circunstâncias naturais.

Rojas (1998) escreve que a saúde de um espaço populacional está influenciada pelos “avatares” (más transformações) das formações econômicas e persistências de origem natural, bem como, na experiência da população com os diversos agentes patógenos comuns ao espaço. No Brasil, o geógrafo Milton Santos foi o precursor dos estudos de difusão do conceito espaço geográfico ou espaço socialmente organizado nos estudos relacionados à saúde. Foi um grande marco na reorientação sobre espaço e saúde pública latino-americana. Esse conceito atendeu ao desejo de modificar a conotação dada aos processos de transformação social, de desigualdades sociais na saúde das populações, contrariando as propostas concebidas pela epidemiologia. (MONKEN *et al*, 2008, p. 37-38).

A categoria território não despertou tanto interesse aos sanitaristas quanto o conceito de espaço. Sua aplicabilidade à temática de saúde é recente, especialmente pelos gestores de saúde, administradores e técnicos desses serviços. Sua inclusão nas propostas da saúde instaurou um novo processo de relação mútua entre a saúde coletiva e a geografia (MONKEN *et al*., 2008).

Mendes (1999) tratou o conceito território na visão da saúde como “Distrito Sanitário” em que o processo social de mudanças das práticas sanitárias do SUS evocava uma Reforma Democrática, o que Unglert (1999, p. 222) reafirmou, considerando que o conceito de território de saúde seja:

[11] Epidemiologia, na definição de Rouquayrol, deve ser conceituada como "a ciência que estuda o processo saúde-doença na comunidade, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades e dos agravos à saúde coletiva, sugerindo medidas específicas de prevenção, de controle ou de erradicação". (CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA, vol. 5, n° 1, 1989).

> [...] o estabelecimento dessa base territorial é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como o dimensionamento do impacto do sistema sobre os níveis de saúde dessa população e, também, para a criação de uma relação de responsabilidade entre os serviços de saúde e sua população adscrita.

De acordo com Monken *et al*. (2008), métodos aplicados à prática da saúde foram desenvolvidos e nomeados como “Processo de Territorialização”. Assim, o território da saúde coletiva é o *lócus* das ações de saúde pública em produções grupais, configuradas em espaços singulares e compatíveis, conectados à materialidade histórica social, regidos por uma organização político-administrativa e institucional do setor. Esse processo tem por objetivo preceder riscos que possam danificar a saúde através de diagnóstico da situação ambiental e do indivíduo no espaço delimitado por ele.

O território pressupõe organização, limites, participação e simultaneamente é espaço de troca e de pactos que buscam a qualidade de vida e bem-estar dos seus coadjuvantes. Para Mendes (1999) e Monken *et al*. (2008), o território possui amplas funções concomitantes.

Nesse contexto, as categorias geográficas discutidas anteriormente estão intrinsecamente ligadas à compreensão do Território Saúde da Família, pois é nele que se articula o resultado do modelo aplicado atualmente. Esse fato fortalece a ideia defendida por Haesbaert (2004) que afirma ocorrer uma multiterritorialidade (vários contextos de ações dentro do território), que está implícita nas ações desenvolvidas pela ESF como gestora dos serviços de saúde (atenção, promoção e prevenção), efetuando as interlocuções com outras territorialidades já existentes no lugar. Para Haesbaert (2004), essa conjuntura contribui tanto de forma positiva quanto negativa nos resultados e práticas do exercício dos serviços de saúde.

> O território suporte da organização das práticas em saúde; o território suporte da organização dos serviços de saúde; o território suporte da vida da população; o território da conformação dos contextos que explicam a produção dos problemas de saúde e bem estar; o território da responsabilidade e da atuação compartilhada. (MONKEN ET AL 2008 p. 16).

No que diz respeito ao processo de territorialização e organização das práticas de saúde, estão ambos relacionados às condições de vida, ambiente e acesso às ações de serviços. (TEIXEIRA, 1993).

A territorialização é uma das bases da vigilância em saúde, além das práticas e dos problemas sanitários. É a ferramenta base para o "planejamento estratégico situacional"[12] que processa e materializa as informações dos territórios de saúde pré-definidos para subsidiar seu exercício. Obedece criteriosamente às realidades sociais, históricas e formulações políticas do planejamento e programação dentro de metodologia apropriada às realidades locais que permitem espacializar e analisar as particularidades do ambiente e população.

Desse modo, o território possui características próprias, tanto em âmbito político quanto administrativo. Sua gestão emana dos agentes sociais nele inseridos, da estrutura relativamente homogênea, da identidade condicionada à história e à construção local, o que culmina com a apropriação e o exercício do poder. O Estado, as entidades, agências, cidadãos, entre outros, produzem os artefatos necessários para a manutenção das redes internas e externas essenciais à sobrevivência das pessoas.

Essa situação permite informações criteriosas das situações-problemas, o que possibilita conhecer as vulnerabilidades, para as quais a população está sujeita e selecionar os problemas prioritários na busca de soluções. Nas questões epidemiológicas, o diagnóstico e metodologia nortearão as ações como ferramenta para combater os procedimentos surgidos nas situações de saúde-doença.

É necessário então o reconhecimento dos territórios em seus diversos contextos de usos e formas de gestão para que as intervenções locais sejam eficientes nas concretizações das práticas com o foco na realidade local. Estas devem estar

[12] Os fundamentos teóricos do Planejamento Estratégico Situacional que se baseiam na teoria das situações e no pensamento estratégico, isto é, deve ser pensado de forma contínua e ascendente, como forma de ordenamento de um território definido. (ROMO, 1993).

baseadas no trinômio estratégico: informação-decisão-ação, construído e articulado na reprodução da vida social dos territórios. (TEIXEIRA, 1993).

As estratégias político-territoriais resumidas na participação, responsabilidade solidária e acordos firmados, sempre vinculados com os princípios constitutivos do SUS, instituídos pela CF/88 e colocados em prática através da Lei 8.080/90, assegurarão o exercício da cidadania e diretrizes de descentralização dos municípios, estados e Federação no contexto do território e nos serviços de Atenção Primária à Saúde.

É percebido então, que a Estratégia Saúde da Família, para atingir a eficácia das suas políticas e objetivos, não poderá perder o foco da valorização e adequação das diversas dinâmicas existentes nos lugares em que atua. A ESF é resultante de fenômenos da experiência humana que elucidam as condições locais, os confrontos, os conflitos, as conturbações, entre outras, ao possibilitar uma análise particular do cotidiano em seus ritmos e contrapontos. A operacionalização do lugar no território da saúde muito contribuirá para um novo dimensionamento do espaço. “A condição humana supõe um espaço, um conjunto de relações e de trocas, de direção e distâncias que vão condicionar de algum modo o lugar de sua existência.” (DARDEL, 1990 [1952]).

Os aplicativos do entendimento do território de abrangência da ESF reproduzirão certamente a identidade local, bem como a da equipe multiprofissional de saúde, porque, em todos os territórios de saúde, existem similaridades e contradições. Todavia, o exercício, em cada um deles, possui suas próprias peculiaridades. Santos (2002) expressa que essa prática no cotidiano “será tanto mais intensa quanto maior a proximidade entre as pessoas envolvidas”, porque, no território, existe uma “contiguidade física entre pessoas numa mesma extensão”, na qual as inter-relações vividas serão importantes para o campo da saúde, o que colabora para o rompimento de paradigmas, entendimentos diferenciados, contextos vulneráveis e assertivas na tomada de decisões.

Nessa visão da ciência geográfica, é preciso inferir sobre a noção de território para a saúde e, especificamente, para a Estratégia Saúde da Família. O território da saúde deve ser coerente com uma nova lógica no que tange à participação coletiva e individual da sociedade que o habita. A exploração, apropriação, organização e interações dos indivíduos em atividades executadas e as funções exercidas pelas instituições contidas nele, transformam as estruturas locais, pois projetam, em todos os níveis, investimentos a partir das relações de poder. (RAFFESTIN, 1993). O território, para alguns pesquisadores, é definido como um conjunto de lugares, sendo assim, um dos aspectos primordiais é a distribuição dos habitantes na constituição e manutenção do território. Santos (2007) afirma que o local onde as pessoas se fixam nos territórios é consequência da associação entre as forças do mercado e decisões do governo.

Destarte, os territórios em suas diversidades, influenciam e expõem sob os diferentes ângulos a percepção dos indivíduos, porque os espaços são plurais e vulneráveis. Fatores que comprometem as condições físico-sociais das pessoas, entre elas, as relacionadas à saúde e sua promoção.

O Sistema de Saúde surge nesse aparato crítico, instalando sua base territorial. As políticas e os serviços obedecem à lógica dos limites de áreas, em coerência com as suas complexidades de atenção e promoção. Esses serviços são organizados sob os critérios de regionalização e hierarquia através das Unidades Básicas de Saúde-UBSs e serviços prestados por equipes multiprofissionais que constituem o Programa Saúde da Família-PSF, hoje, Estratégia Saúde da Família-ESF. De acordo com as orientações do Ministério da Saúde, as ações das Estratégias estão estruturadas no trabalho das equipes e buscam humanizar as práticas de saúde com foco na equidade e satisfação dos usuários num estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade.

A partir da ESF, houve significativo aparelhamento dos serviços, o que se transformou, segundo Mendes (1999), na “boa marca política para a saúde da

família". Uma versão moderna da "medicina simplificada[13]" aplicada a regiões e grupos sociais em situação de risco ou exclusão, que priorizava atender populações carentes e promover a modernização do uso de tecnologias aplicadas à saúde. O processo de trabalho das equipes foi organizado de acordo com a delimitação do território, mapeando a Região Ampliada de Saúde (conjunto das Regiões de Saúde contíguas) e, por consequência, as Regiões de Saúde (divisões ou partes da Região Ampliada de Saúde com características particulares, nelas são evidenciadas as áreas de risco e as especificidades socioeconômicas da população). De acordo com Pereira e Barcellos (2006, p. 48):

> Ressalta-se aqui a relação que a população adstrita possui com os serviços disponibilizados pela ESF no território de saúde. Essa temática é discutida por Brasil (1994) que enfatizou a organização do PSF, com áreas geográficas de coberturas específicas que assistissem entre 800 e 1000 famílias. Logo em seguida, ocorreu uma flexibilidade na assistência ao número de famílias atendidas em cada território, sendo necessário residirem na área entre 600 e 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes. Nesse prisma a densidade populacional, as diversidades socioeconômicas e políticas, bem como o acesso aos serviços, deveriam ser observadas, devido aos princípios da identidade do território local.

O Agente Comunitário de Saúde - ACS, que está associado a esse contexto, atende, em sua área de prestação de serviços, entre 20 e 250 famílias. As orientações contidas no Sistema para o exercício da Estratégia a respeito das particularidades da área e de outras territorialidades afins, segundo Costa Neto (2000), podem fortalecer o modelo de atenção básica. O autor afirma que, no território, ocorrem aprimoramento e detalhamento dos critérios vivenciados no exercício do programa. Até mesmo o conceito de território passa a ser entendido sob a ótica jurídico-política em um sistema conectivo. Nele a população assistida é cadastrada, entrevistada, identificada nas Regiões de Saúde e suas individualidades para a elaboração e mapeamento do plano de ação das atividades locais, assim como o acompanhamento e a avaliação dos serviços.

[13] Cobertura dos serviços de Atenção Primária à saúde, de forma simples, mais barata, que atenda a todos nas necessidades contextuais de saúde e de combate à pobreza. (DONNANGELO *et al*, 1979).

As práticas de saúde no território trouxeram, conforme exposto por Paraíba (2002), um novo dimensionamento populacional, a saber, entre 2.400 e 4.500 pessoas, o que evidencia que, em âmbito federal, as ações governamentais não apresentaram perfeita simetria com as estaduais e, consequentemente, com as municipais. Esse fato é decorrente da realidade vivida e praticada no território.

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF e essa tarefa adquire ao menos três sentidos diferentes e complementares: demarcação dos limites das áreas de atuação dos serviços; reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais como os centros de referência. Nesse estudo, quando abordado anteriormente sobre limites e fronteiras, é importante frisar que o território da ESF extrapola esses contextos, o qual, como limite, representa a divisão ou separação dos territórios. Dessa maneira, esse fato não é somente geográfico, mas também social. Portanto, na fronteira, estão contidos valores materiais, morais e aqueles que projetam os ideais da sociedade ali inserida na construção do território, isso através das inter-relações entre as pessoas e os bens materiais.

No processo de territorialização é importante a caracterização das famílias no território de abrangência da ESF, porque isso facilitará a elaboração do plano gestor para os enfrentamentos dos determinantes no processo de saúde e doença. Entre eles, destaca-se o desenvolvimento das ações educativas intersetoriais em conformidade com a saúde dos usuários do território.

Nesse contexto, Rodrigues e Ramires (2008) afirmam que as características peculiares das famílias no seu território adstrito estão relacionadas com os riscos e situações que comprometem a saúde local para a elaboração de um planejamento e programa de atividades que busquem solucionar as adversidades oriundas dos determinantes no processo de saúde e doença. Tornam-se importantes as práticas educativas e intersetoriais conectadas com os problemas de saúde identificados no local de estudo. As abordagens e conhecimentos relacionados com o território proporcionarão informações substanciais, principalmente no que tange às famílias e

suas necessidades, fator importante para a instalação e estruturação dos serviços de saúde através do Sistema Único de Saúde – SUS.

Então, a multiplicidade de territórios e as diversas experiências vividas neles transformam a percepção das pessoas quanto aos riscos ambientais, porque são os conhecedores das vulnerabilidades neles existentes e que as acometem individual ou coletivamente. Monken (2003, p.37) salienta que:

> Desse modo, a identificação e a localização dos objetos, seus usos pela população e sua importância para o fluxo das pessoas e de matérias, são de grande relevância para a dinâmica social, hábitos e costumes e para a determinação de vulnerabilidade de saúde, originadas nas interações de grupos humanos em determinados espaços geográficos. (MONKEN, 2003, p.37)

Por isso, o território é simultaneamente *lócus* das relações sociais e propiciador de investigações, apropriações e controle dos eventos, entre eles, estão às políticas voltadas para a promoção da saúde. Os planejamentos das ações em saúde devem contemplar estratégias que busquem minimizar os impactos na vida da comunidade. Portanto, os sistemas de saúde, ao organizarem-se na base territorial, carecem da delimitação geográfica para a organização dos serviços de saúde locais em consonância com os critérios de regionalização e hierarquização dos limites da base territorial. A equipe de saúde da família, em sua área de atuação, deve estar atenta ao que escrevem Pereira e Barcellos (2006, p. 48):

> A territorialização é um dos processos básicos do PSF, mas ela adquire pelo menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites de área de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas, e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência.

Portanto no âmbito da territorialização é verificado que esta é pontual, próxima da área de atuação da comunidade, onde desenvolvem as relações de poder e o sentimento de pertencimento ao lugar. Assim sendo, de acordo com as abordagens anteriores, o território vai além de uma simples delimitação geográfica e é

fundamental na organização dos serviços e ações de saúde, desenvolvidas na ESF. Neste entendimento, a regionalização é uma estratégia que antecede o processo de territorialização. Dentro dos princípios organizativos, a ESF conta com a atuação de uma equipe multiprofissional que será analisada no próximo tópico.

2.5 Os territórios de atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família

O território-processo é compreendido como matéria viva e também considerado ponto de partida no planejamento das ações governamentais locais. Para Mendes (1993), o processo de territorialização deve ser compartilhado entre os profissionais de saúde e a população adstrita em suas condições de vida e infraestrutura disponível diante dos problemas existentes e dos fatores reguladores da vida cotidiana no espaço. Na implantação de um modelo assistencial regionalizado, com retorno social, é recomendado atender às demandas coletivas mensuradas a partir das realidades locais definindo os níveis de serviços compatíveis a serem executados pela equipe multiprofissional nas Unidades Básicas de Saúde - UBS.

Diversas terminologias foram apropriadas aos territórios pelo Sistema Único de Saúde através da Norma Básica da Atenção (NOB/96) e da Norma Operacional da Assistência (NOAS/2002). Gondim *et al*. (2008) destacam que, para a definição de territórios, leva-se em conta os seguintes aspectos:

a) A adscrição da população;
b) O território de abrangência - área sob a responsabilidade da UBS[14];
c) A territorialização- ferramenta que permite o mapeamento dos riscos sociais e de saúde da população;
d) Além dos processos de referência e contrarreferência – que dizem respeito às medidas preventivas de manutenção da saúde dos usuários no Sistema.

Gondim *et al* (2008) escrevem que primeiramente é preciso entender “a dinâmica da população, as relações sociais e econômicas e o processo de produção da saúde ou

[14] Grifos da autora

da doença, como resultantes das interações dessas diversas dimensões” para, em seguida, “criar as condições necessárias a fim de vigiar, regular, controlar, organizar os problemas e necessidades que surgirem ali e intervir neles”.

Nesse prisma, Mendes (1999) apresenta duas correntes de pensamento nos estudos do território: uma que entende o território como espaço físico, geopolítico, em uma visão topográfico-burocrática; e outra corrente que corresponde ao território-processo, o território como fruto das relações sociais. A primeira concepção é a mais tradicional, dá acepção ao território que o define formalmente e, muitas vezes, o confere ao primeiro nível de fragmentação territorial subnacional. Já a segunda visão, de acordo com Santos e Silveira (2001), aproxima o território usado como sinônimo de espaço geográfico.

Nos territórios de saúde, as ações do SUS são verbalizadas quando os cidadãos que participam delas têm acesso a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde Municipais, Estaduais e Federais, públicas ou privadas, as quais desenvolvem seus lastros como contratadas pelos gestores públicos de saúde. Na organização dessas ações, o SUS institucionalizou suas divisões territoriais: o município, o distrito sanitário, a microárea e a área delimitada para a UBS, sendo elas de caráter administrativo, gerencial e político-econômico que, organizadas no espaço, fazem a gestão do território e das práticas do poder.

Para Mendes (1999, p. 89), no processo de municipalização intrínseco à política da saúde da família, podem ser identificados quatro territórios:

a) Território-Distrito - delimitação político-administrativa: no caso da saúde, extrapola o espaço físico demarcado por limite; nele, além das características geofísicas, existe uma organização estrutural, mesmo que precária, pautada nos processos de vivências e atuação da sociedade que habita ali. As particularidades, quanto à cultura, economia, políticas públicas e quanto ao meio ambiente, devem ser respeitadas com base nos princípios de cidadania. Na sua função e na saúde, é concretizada numa lógica dimensionada na interação comunidade e território.

b) Território-área - delimitação da área de abrangência de uma unidade ambulatorial ou de saúde com extensão e população indefinida. Sua lógica baseia-se na quantidade da população e não no número de famílias adstritas no território da unidade de saúde.

c) Território-microárea - Delimitado pela lógica da homogeneidade sócio-econômico-sanitária, pois está próximo às “áreas homogêneas de risco”. Constitui-se em uma subdivisão do território-área. Sua função é identificar os problemas de saúde por intermédio das práticas de vigilância, intermediado por um conjunto de ações interdisciplinares e intersetoriais. Atuam na execução de ações direcionadas para a superação das dificuldades identificadas em uma rede causal.

d) Território-moradia - entendido como lugar de residência da família ou também compreendido como espaço de vida da microunidade social, isto é, a família nuclear ou extensiva, de significativo valor operacional.

Como o estudo desenvolvido é sobre o bairro Morrinhos, no que diz respeito ao território-distrito e ao território-área, alguns dados são aqui apresentados, para comprovar a realidade vivida nesse espaço a partir da instalação da ESF em 2006. Nas informações abaixo disponibilizadas (quadro 01), observam-se alterações nos números e percentuais gerais do bairro, como também em sua área de abrangência. Pode ser verificado que, entre os anos de 2010 e 2012, a população do bairro foi acrescida de 110 pessoas do sexo feminino e 164 do masculino, porém o predomínio da faixa etária entre 20 a 39 anos continuou o mesmo. Quanto ao gênero, o sexo feminino prevalece sobre o masculino. A taxa de alfabetização foi acrescida de 323 pessoas especialmente após a inserção do programa de Educação de Jovens e Adultos - EJA em escolas do bairro.

No destino de fezes/urina, um dado que merece destaque é a redução de fossas sépticas e rudimentares, contribuindo para a melhoria sanitária do sistema de esgoto local e da cidade. Quanto à energia elétrica, 88 domicílios passaram a usufruir do serviço. Ao número de famílias cadastradas na Estratégia foram inseridas mais 90, o que confirma o amadurecimento da população para os serviços prestados pela ESF. Todavia, no que diz respeito ao tratamento de água, houve um decréscimo de 117

domicílios no processo de filtração, uma supressão no de fervura, uma redução no de cloração, além de um aumento de 19% na taxa de domicílios sem tratamento.

Quadro 01: Aspectos gerais – bairro Morrinhos nos anos 2010 e 2012

2010	2012
População	
9150	9424
Predomínio de Faixa Etária	
20 a 39 anos	20 a 39 anos
Sexo	
Feminino 5.073 Masculino 4.077	Feminino 5.183 Masculino 4.241
Taxa de Alfabetização	
7.032	7.355
Destino Fezes/Urina	
Sistema de Esgoto 1.915 Fossa 13 Céu Aberto 01	Sistema de Esgoto 2.494 Fossa 05 Céu Aberto 0
Energia Elétrica Por Domicílio	
2.405	2.493
Número de Famílias Cadastradas na ESF	
2.409	2.499
Tratamento de Água no Domicílio	
Filtração 2.279 Fervura 02 Cloração 04 Sem Tratamento 124	Filtração 2.162 Fervura 0 Cloração 03 Sem Tratamento 334

Fonte: RELATÓRIO: TERRITORIALIZAÇÃO DO BAIRRO MORRINHOS, 2010 e 2012 – SIAB/DATASUS. **Org.:** SILVEIRA, 2012

Diante dos últimos dados verificados, para esclarecimentos destes, foi consultado o técnico em Meio Ambiente da Superintendência Regional da Companhia de Saneamento de Minas Gerais - COPASA, em Montes Claros, o Sr. José Ponciano Neto[15]. Este informou sobre a ampliação dos decantadores da Estação de Tratamento de Água - ETA feita pela COPASA no Rio Verde Grande, além da adequação dos decantadores ao bairro Morrinhos, ação que melhorou a qualidade da água servida. Esse fato influenciou a não filtração da água nos domicílios e cerceou o processo de fervura.

Em relação aos domicílios sem tratamento de água, o técnico afirmou que alguns moradores, devido às taxas cobradas pela COPASA, optaram indevidamente por fontes alternativas, ou seja, poços, cisternas ou ligações clandestinas, deste modo percebe-se um aumento acentuado no número de domicílios sem água tratada

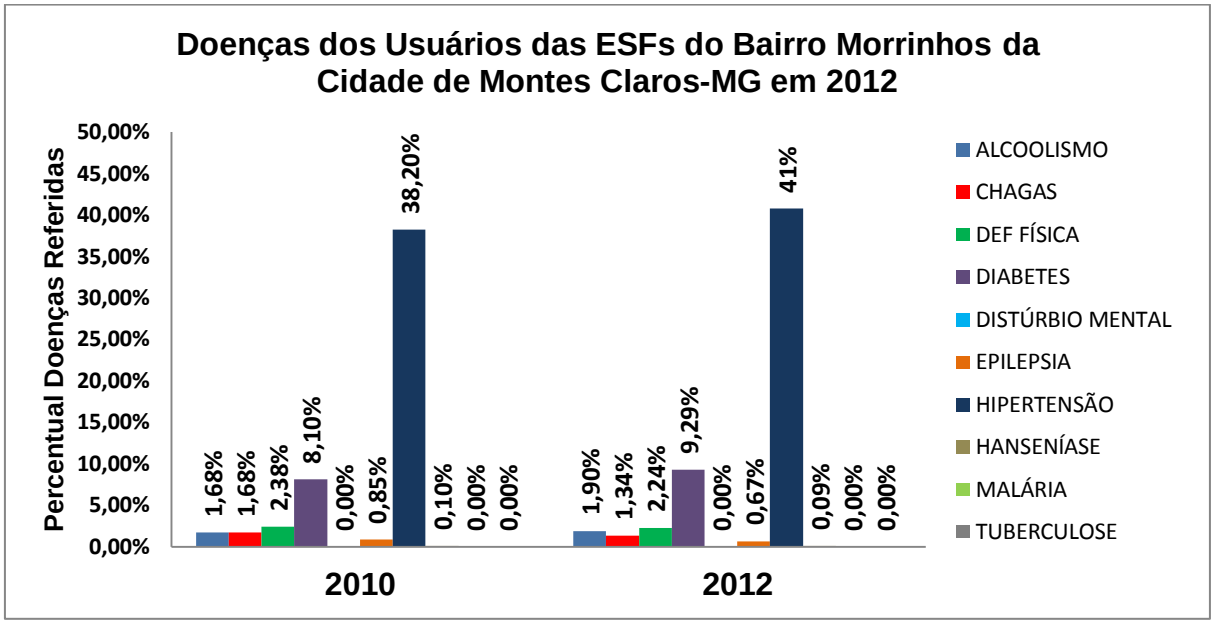
[15] Quando perguntado sobre o tratamento de água nos domicílios dos Morrinhos, em Montes Claros, permitiu citar o nome e função.

(269%). Esse fato com certeza comprometerá a saúde desses usuários, pois estarão em parte consumindo de fontes sem nenhum tratamento.

No gráfico 01, estão destacadas as doenças referidas pelo SIAB/DATASUS no bairro. Pode ser observado que, nos territórios-distritos e territórios-moradias, houve, nos anos pesquisados, acréscimos nos percentuais das seguintes doenças: alcoolismo, diabetes e hipertensão. As demais sofreram um decréscimo mínimo, principalmente devido às ações desenvolvidas em atividades de Educação em Saúde pelos profissionais da UBS.

Os percentuais do referido gráfico demonstram a amplitude e importância dos serviços prestados nas microáreas pelos técnicos em saúde e que serão somados aos resultados finais repassados ao SIAB quando se analisa, de forma ampla, os produtos preestabelecidos para a avaliação do exercício da atenção básica nos anos de 2010 e 2012.

Gráfico 01: Doenças dos Usuários das ESFs do Bairro Morrinhos da Cidade de Montes Claros-MG em 2010 e 2012



Fonte: RELATÓRIO: TERRITORIALIZAÇÃO DO BAIRRO MORRINHOS, 2010 e 2012 – SIAB/DATASUS. **Org.:** SILVEIRA, 2012

No bairro Morrinhos, a partir de 2006, foi realizado o primeiro processo de territorialização, este tem sido modificado com o passar dos anos, de acordo com as necessidades sanitárias e de saúde ali apresentadas, fato que é comprovado através do Relatório de Territorialização do bairro Morrinhos, escrito por Narciso *et al* (2006, p. 39-40). O relatório descreve a área de abrangência do território em estudo, quando a Vila Luiza não estava inserida nesse território. Já em 2008, de acordo com Silva (2008, p. 22), esta foi inserida no referido território devido às suas peculiaridades socioeconômicas e de saúde serem bastante semelhantes às do bairro Morrinhos.

A ESF está contextualizada em um território específico, espaço geográfico de responsabilidade de uma equipe de saúde e não está apenas configurado fisicamente ou delimitado por fronteiras geográficas, e sim por um ambiente multifacetado em que as atividades da ESF são realizadas nele. Essas atividades extrapolam os muros das Unidades de Saúde e muito contribuem para uma nova postura por parte da população em relação à melhoria da qualidade de vida, nos territórios adstritos, onde se desencadeiam as ações de promoção da saúde e prevenção das doenças através dos serviços por ela prestados.

No Sistema SUS, as ESFs têm a corresponsabilidade na atenção às necessidades de saúde local, deste modo torna-se imprescindível conhecer os problemas de saúde mais comuns na área adstrita de cada Estratégia. Portanto, identificar e buscar soluções para as dificuldades de saúde no território de abrangência colaborará para maior eficiência na promoção e prevenção da saúde. Esse conhecimento respaldará a formação de grupos específicos de educação em saúde, que veem reforçar os objetivos propostos para a atenção primária dentro da visão preventiva do Sistema.

Outro exemplo pode ser observado nas figuras 03 e 04, que apresentam as imagens dos croquis montados pela equipe da referida UBS no Bairro Morrinhos para a configuração do território de saúde. Cada distrito sanitário foi mapeado com os equipamentos urbanos neles existentes. Os delineamentos foram orientados nos

princípios propostos pelas políticas públicas de saúde referentes às ESFs e demonstram que existe um constante processo de (re)territorialização no bairro.

A ESF, como estratégia, tem papel primordial no desenvolvimento das ações contínuas de (re) organização da atenção à saúde. Rodrigues e Ramires (2008, p. 48) postulam que o antigo PSF, hoje ESF, tem como objetivos:

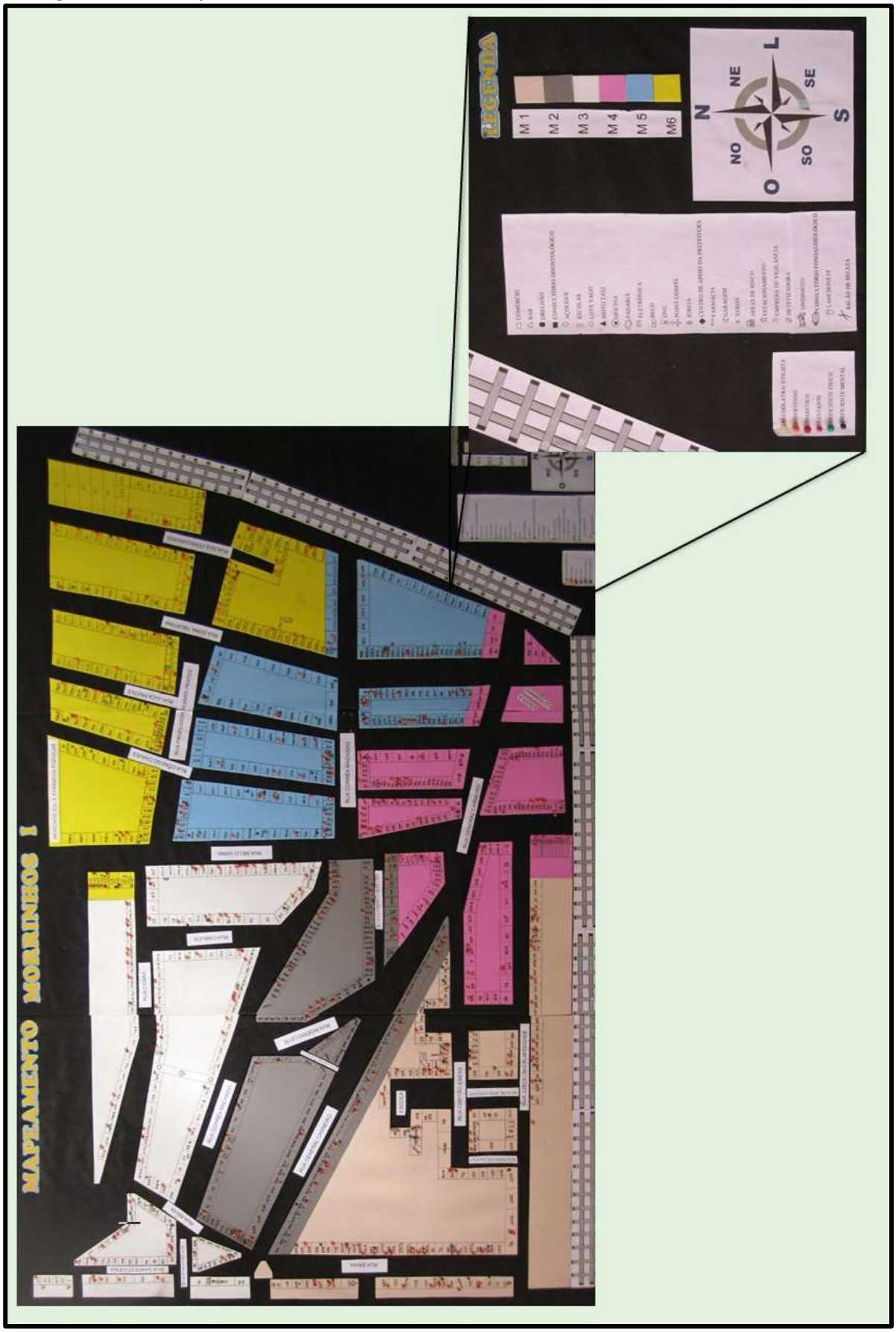
> [...] buscar uma integração com a comunidade na qual se insere, fazer busca ativa de casos com intervenção oportuna e precoce, e dar ênfase a prevenção e a educação a saúde. Propugna a extensão da cobertura e a facilitação do acesso, continuidade das ações de saúde, trabalho de equipe multiprofissional e elevada resolubilidade.

A partir de 1992, o conceito de Promoção da Saúde passou a ser ferramenta importante para a participação popular e na intersetoralidade - um dos seus fins. A ESF tem a família como finalidade, a qual é entendida como núcleo social, isto é, alvo do território adstrito.

Para esse fim, a equidade, na oferta dos serviços, é pressuposto de instrumento de promoção da saúde, além da integralidade como articuladores do SUS. Doravante, um conjunto sucessivo de condutas e serviços individuais e coletivos (preventivo e/ou curativo), permitiu identificar os cidadãos no seu espaço, atendê-los e cuidar deles, sendo esses princípios norteadores das ações educativas de saúde na ESF (RODRIGUES E RAMIRES, 2008, p. 48).

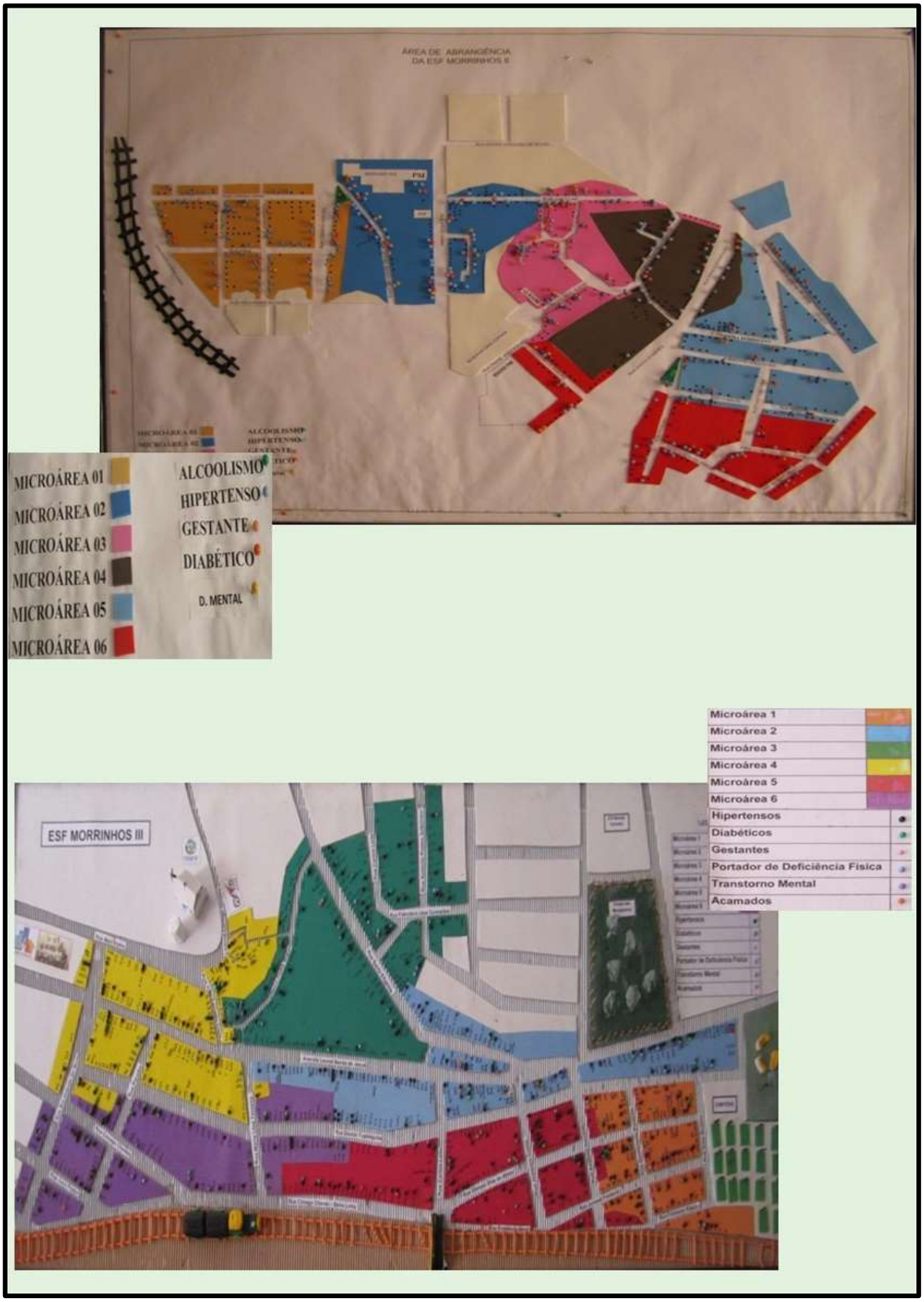
As equipes de Saúde da Família são constituídas por multiprofissionais que se responsabilizaram pela assistência a aproximadamente três ou quatro mil e quinhentas pessoas de determinada área. Esses profissionais passam a ter compromisso com a saúde dessa população, na UBS, nas residências e na mobilização da comunidade envolvida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Figura 03: Croqui do Território do Morrinhos I



Fonte: UBS/ESF Morrinhos, 2011. **Org.:** SILVEIRA, 2012

Figura 04: Croqui dos Territórios dos Morrinhos II e III



Fonte: UBS/ESF Morrinhos, 2011. **Org.:** SILVEIRA, 2012

Nas áreas ainda não delimitadas e naquelas já efetivadas pela ESF, há os ACSs que desenvolvem várias responsabilidades, entre elas estão: mapear suas áreas de atuação; cadastrar as famílias e manter os registros atualizados; identificar indivíduos e famílias em situações de riscos, bem como realizar visitas domiciliares; levantar dados importantes no acompanhamento constante das famílias, além de fortalecer as ações de prevenção e promoção. A criação do Profissional Agente Comunitário em Saúde foi regulamentada pelas Leis nº 10.507/2002 e nº 11.350/2006 (BRASIL, 2006 p.60).

Os profissionais das equipes locais são considerados como agentes de mudança no contexto da Atenção Primária. Estes podem ser encontrados em duas circunstâncias: vinculados a uma única UBS ainda não organizada no sentido da Saúde da Família, ou então como integrante da equipe multiprofissional. É importante entender que a promoção da saúde conjuga-se com outras diversas áreas governamentais afins, articulando políticas e ações que viabilizam o aprimoramento nas condições de saúde da população, em sua área adstrita e, consequentemente, no município de origem. Na Unidade Básica de Saúde Eduardo Vasconcelos do bairro Morrinhos, a maioria dos ACSs pertence à comunidade local e exerce o papel de informantes-chave para os demais componentes da equipe multiprofissional, os quais, no exercício diário das atividades, passam a conhecer a realidade do território.

O Médico, também integrante da equipe de especialistas, é quem atende a todos os participantes da comunidade envolvida, para isso, desenvolve ações de prevenção e promoção da qualidade de vida. Para tanto, esse profissional deve ter características necessárias ao exercício da sua função, isto é, gostar do trabalho em equipe, ter equilíbrio, não resistências às frustrações e, ainda, ter facilidade de adaptar-se a novas situações.

O Enfermeiro também é um importante membro do grupo. É ele quem supervisiona o trabalho dos ACSs e Auxiliares de Enfermagem, além de assistir as pessoas da comunidade nos cuidados de enfermagem na UBS e nos domicílios. Suas ações de vigilância à saúde são significativas. A ele estão determinadas as promoções das

ações de Educação em Saúde e a função de intermediar a equipe de profissionais nas relações de saúde e cidadania com a comunidade (BRASIL, 2006).

O Auxiliar de Enfermagem desenvolve procedimentos relativos à sua competência na UBS e colabora nas ações de orientação sanitária, como na identificação dentro do território de abrangência das áreas de situação de risco. Esse também auxilia os ACSs nas visitas em domicílios, na organização das informações, além de discutir o desenvolvimento do trabalho na UBS (BRASIL, 2006).

O Cirurgião Dentista é o responsável por realizar exames clínicos para diagnósticos ligados à epidemiologia, bem como executar procedimentos clínicos previstos nas NOB-SUS/96 e NOAS-MS/2001. Quando ampliados os serviços, pode ainda contar com um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental (BRASIL, 2006).

O funcionamento da ESF é baseado no processo de territorialização após delimitar a área geográfica. Nesta, a Equipe de Saúde da Família é responsável pela população adstrita e de subdividir o território em microáreas. O enfermeiro, gestor da equipe, tem a responsabilidade de avaliar as dificuldades locais levantadas, realizar o mapeamento da “área de abrangência” juntamente com a equipe, dando atenção às “microáreas de risco”. (MENDES, 1999 p. 272-274). O território, a população e a área a ser delimitada são definidos privilegiando os contextos aos quais à comunidade está exposta. Tal estratégia facilita a prestação da assistência integral e permanente, além de assegurar a qualidade na promoção da saúde e atividades de educação contidas nela. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Na territorialização da ESF Morrinhos, houve participação de grupos organizados, que se reuniram para decidirem quanto à orientação do processo, inclusive com registro de Ata da reunião final, que ocorreu entre a equipe de saúde, representações e a população envolvida (ANEXO I), entre eles são destacados: a “Associação de Moradores das Casas Populares, Morrinhos e Adjacências”, a “Associação de Moradores do Bairro Morrinhos”, a “Agente Jovem”; os acadêmicos dos Cursos de Enfermagem e Medicina da Unimontes; os profissionais das escolas

públicas do bairro; os representantes da Pastoral da Criança, além dos profissionais da saúde e gestão administrativa da Prefeitura Municipal de Montes Claros. (NARCISO *et al*, 2006, p. 96-97). Todo o processo foi complementado com fontes secundárias a partir de dados fornecidos pelas Secretarias de Agricultura e Educação Municipais, COPASA, CEMIG, UNIMONTES e outras instituições.

A fim de conhecer a metodologia usada na implantação do PSF do bairro, no dia 08/02/2013, foi entrevistado o atual Secretário Adjunto de Atenção Primária da Prefeitura Municipal de Montes Claros (2013-2016) [16], que, em 2006, era o preceptor de campo da residência em Medicina da Família e da Comunidade da Unimontes, além de ser um dos coordenadores da territorialização da saúde no local. Segundo o entrevistado,

> *o primeiro instrumento de coleta foi a observação direta e reconhecimento pelos pesquisadores do ambiente físico e socioeconômico local. O segundo foi a adoção da estimativa rápida participativa fundamentada nos estudos de Annett, Rifkin (1988) e de Tancredini et al (1998), onde a principal técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista semiestruturada com questões preparadas de acordo com os princípios apontados por Acúrcio, Santos e Ferreira (1999, p. 6). Nessa perspectiva a metodologia perpassou pelo respeito aos princípios de coleta de dados pertinentes e necessários, reflexo das condições locais com a participação da comunidade envolvida.* (SIC – E1 – APÊNDICE 03).

É no espaço que se desenvolve o cenário estabelecido pelos diversos agentes sociais na comprovação com os serviços prestados, ou seja, em uma superfície geográfica com um perfil populacional, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social, diretamente vinculado às condições de vida, habitação, poder aquisitivo, educação e lazer, fundamentos necessários para o planejamento e programação dos serviços da UBS/ESF.

Nesse prisma, é necessário ressaltar que a população envolvida está dotada de vontades políticas que podem ou não influenciar nas mudanças de posturas em favor da saúde ou permanecerem na mesma situação que se encontram.

[16] Entrevista direta no dia 08/02/2013, com autorização para citar os fatos relatados neste estudo.

É importante que a equipe multiprofissional procure, com ética, mudar esse paradigma. Os informantes-chave correspondem aos membros do grupo que merecem confiança por parte da comunidade e que traduzem as reais necessidades do território. Serão, portanto, os intermediadores entre o grupo social e a equipe de saúde que juntos deverão obedecer às orientações dos princípios psicossociais, isto é, ao "entrosamento das realidades da sociedade", pois dessas orientações dependem o êxito do trabalho na coletividade. Costa e Rocha (2009, p.7) escrevem que os informantes-chave devem:

> conhecer, estudar, dialogar, fazer entender propostas, agir, educar, aprender ou intervir com soluções desejadas, participantes, coerentes e ecológicos, e, especialmente, saber despertar na coletividade o interesse de acender ao poder, que subjetivamente o tem, porém não utiliza para o seu próprio interesse porque outros dele se apropriam.

O mapeamento do território tem como objetivo definir as prioridades diante dos problemas e das articulações futuras que serão empreendidas pela equipe técnica no projeto local definido pela UBS. Isso acontecerá através das práticas sanitárias em um conjunto de operações interdisciplinares. O mapa possibilitará conhecer as diferentes realidades do território, a saber: problemas prioritários e sua distribuição espacial, situações de risco e seu comprometimento com os agravos da saúde.

Em Narciso *et al*., (2006, p.122), o mapa básico dos Setores Censitários correspondentes ao bairro Morrinhos, segundo IBGE/2000 (figura 05) contem a demarcação inicial do território em estudo, com o croqui da configuração da área, além de anotações onde se destacam os adensamentos demográficos e a infraestrutura do referido bairro em 2006. Constitui-se como um instrumento valioso para a interpretação dos problemas do território, das desigualdades das microáreas, na valorização e distribuição dos grupos sociais, identificando os obstáculos e barreiras que poderiam comprometer os serviços de saúde.

A base do estudo da ESF Morrinhos foi desenvolvida conforme o primeiro relatório de territorialização disponibilizado pela UBS Morrinhos de Narciso *et al*., (2006), sendo este o preceptor de campo da residência em Medicina da Família e

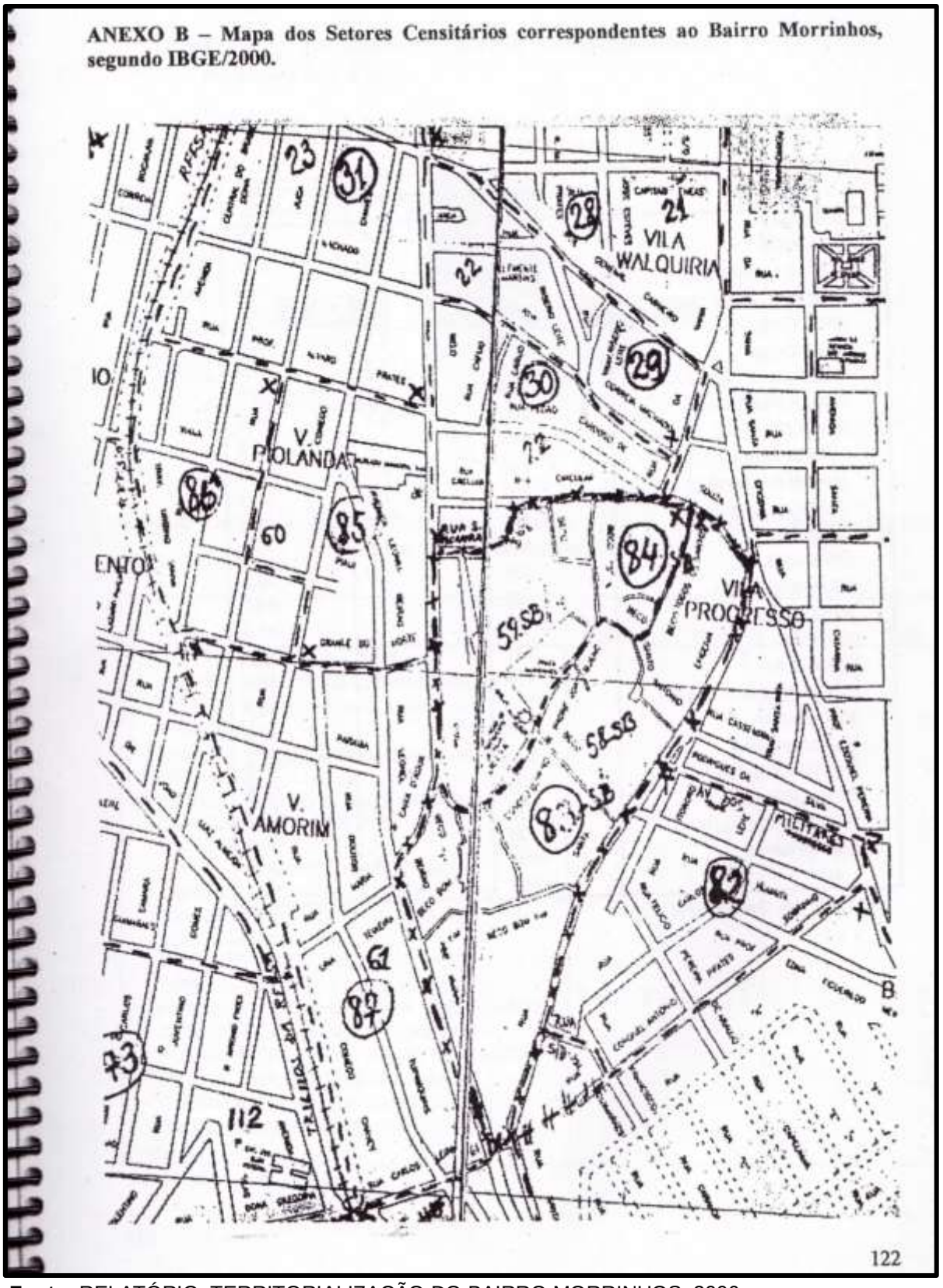
Comunidade da Unimontes. Esse relatório contém a metodologia que orientou os critérios de abrangência dos setores censitários 28 a 31 e 83 a 87, entretanto o limite delineado foi extrapolado atingindo também os setores 21, 29, 30, 73, 84 e 85 do IBGE/2000, devido à proximidade e às características similares com o bairro em estudo. Após as análises, o croqui do mapa da área de atuação da ESF foi elaborado com base nas sugestões de Mendes (1999) e da Secretaria de Estado da Saúde. (NARCISO, *et al*., 2006 p.122).

As oficinas na ESF são um grande desafio, porque a equipe multiprofissional deverá adequá-las à implantação das estratégias. Devem ser planejadas tendo como início os processos educativos, ordenados, lógicos e coerentes que vão permitir a apropriação da realidade para transformá-la. É o momento da assimilação tecnológica, da reflexão, da intervenção e da mobilização social.

As abordagens devem proporcionar a construção criativa e compromissada, através da ação-reflexão. Esse contexto possibilitará os aspectos subjetivos das experiências e convivências no território, tomando como ponto de partida as informações secundárias. No bairro em estudo, as oficinas foram desenvolvidas de acordo com temas afins, além dos dados levantados a partir das informações secundárias. Todas elas buscaram valorizar os elementos disponibilizados pelos informantes-chave e pelas entidades inseridas no processo.

No que se refere à pesquisa de campo, análise e consolidação dos dados, os aspectos a serem levantados foram estabelecidos anteriormente porque, no campo, os técnicos em saúde necessitam de monitoramento frequente para a tomada de decisões a respeito das vulnerabilidades desconhecidas que vierem a surgir nas observações de campo. Existem relações dinâmicas entre as situações vividas no cotidiano do território e aquelas que surgem na prática concreta do campo.

Figura 05: Mapa dos Setores Censitários correspondentes ao bairro Morrinhos, segundo IBGE/2000



Fonte: RELATÓRIO: TERRITORIALIZAÇÃO DO BAIRRO MORRINHOS, 2006.
Autores: PRECEPTOR: RESIDÊNCIA EM MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE DANILO MACEDO FERNANDO NARCISO *et al.*

A análise e discussão dos dados devem conter as descrições fidedignas da pesquisa, porque muito colaborarão na consolidação dos trabalhos, bem como na produção de artefatos tecnológicos que contribuem na precisão e riqueza do trabalho como gráficos, tabelas, fotografias, entre outros. A interlocução com campo de pesquisa muito servirá para as orientações e ações de vigilância em saúde (UNGLERT, 1999).

Em conformidade com os dados historiados sobre a implantação da ESF Morrinhos e relatos de Narciso *et al*. (2006, p. 25-28), a pesquisa de campo foi desenvolvida obedecendo aos seguintes passos metodológicos: a formação da equipe técnica; o reconhecimento do espaço local; a escolha dos informantes-chave; a elaboração e realização de entrevistas; a coleta de dados de fontes secundárias; a análise e interpretação dos dados qualitativos e quantitativos. O trabalho foi concretizado com a formação de um Fórum de Entidades, na concessão de entrevistas, fornecimento de informações secundárias e de localização territorial. Todos os setores considerados importantes no bairro foram convidados a participar do processo. Após os levantamentos feitos, as demais decisões foram constituídas gradualmente, de acordo com as necessidades apresentadas.

Em Montes Claros, conforme o mapa 01, a área urbana foi territorializada de acordo com os aspectos socioeconômicos locais, fundamentados nos princípios do SUS e orientações do Ministério da Saúde para as ESFs. Para o mapeamento do município, foi adotada a metodologia de territorialização orientada pela Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Minas Gerais *et al.* (2010), na qual está implícito que em todos os passos se priorizassem a clareza e a objetividade. As etapas da execução estão descritas a seguir:

a) Obter ou construir um mapa do território/foco da ESF demarcando as barreiras geográficas e limitar a área de abrangência.
b) Apontar as informações anteriores existentes e levantar os dados da Unidade Básica de Saúde e de outras instituições interligadas ao território.
c) Conhecer os recursos locais, mapeá-los e identificá-los em legendas.

d) Preparar questionário específico de sondagem para a “Estimativa Rápida Participativa” com abordagens que facilitem o levantamento das características primárias do território.

e) Mapear as microáreas que serão delimitadas por similaridades. É recomendada a aplicação em média de 02 questionários de sondagem.

f) Selecionar e capacitar pesquisadores, de preferência, que sejam da comunidade e que conheçam o território/foco em suas diversidades através de oficinas.

g) Levantar e selecionar os informantes-chave do território/foco.

h) Realizar “Trabalho de Campo”: pesquisando toda a área adstrita, procurando destacar os pontos significativos para mapeá-los. Nesse contexto, os informantes-chave devem ser entrevistados, o que confirmará ou não os pontos destacados.

i) Analisar e consolidar a pesquisa de campo.

j) Elencar as microáreas de maior risco. Ordená-las de forma crescente, 01 para a melhor e 05 para a pior. A pontuação maior terá prioridade nos atendimentos da UBS.

k) Planejar com a comunidade as ações estratégicas e descentralizadas para o território/foco, objetivando identificar as situações de risco, ações para o controle dos problemas e resolução deles. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS *et al.*, 2010).

Os passos da metodologia aqui descritos foram imprescindíveis no processo de territorialização, pois eles têm relação com a apropriação do território e foram norteados pela realidade local, nos aplicativos dos agentes sociais, nos processos posteriores de mudança de um modelo de saúde curativa para a preventiva. Com certeza, se bem formatado, continuará despertando aprofundamentos, continuidade e acompanhamento por parte dos gestores do município e equipes técnicas das UBSs e Estratégias Saúde da Família.

Para tal, Costa e Rocha (2009, p. 5-10) asseveram que a metodologia proposta está fundamentada na investigação de estudos exploratórios e descritivos em abordagens qualitativas para auxiliar na concretização da territorialização e

monitoramento. Esse modelo deverá atender à qualidade, efetividade e equidade no desenrolar do processo, traduzindo as reais necessidades do território. Para Starfield (2002, p. 44), os passos deverão ser definidos com clareza e organizados de acordo com a comodidade, acesso e realidade local. Esses passos são entendidos como “porta de entrada ao sistema de saúde local” o que propicia, assim, o alcance metodológico a todo território.

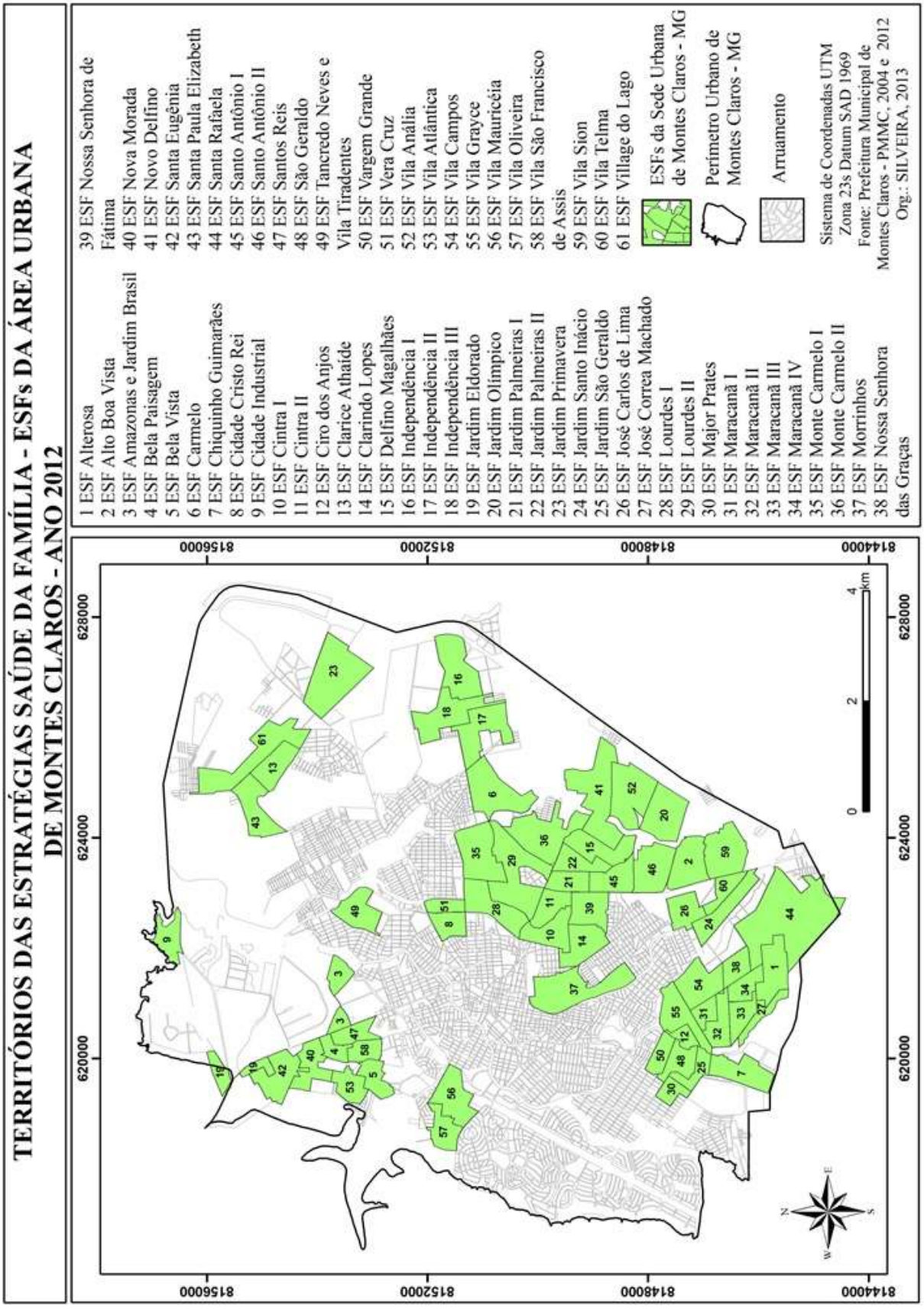
O coordenador é o elemento integrador e disseminador para dar continuidade às ações, estabelecendo a necessária inter-relação com os usuários, a qual deverá estar fundamentada em um sistema de referência e contrarreferência[17], dentro da capacidade de resolução e de encaminhamento das demandas individuais e coletivas nos diversos níveis.

A área de abrangência estará voltada para a vigilância em saúde, construída a partir da apropriação do território pela equipe multiprofissional que, todo o tempo, realizará a retroalimentação no sistema com equidade, a começar pela integração da comunidade com o processo. Primeiramente, os profissionais devem ter em mãos o mapa do município, seus dados censitários, inclusive aqueles que correspondem às áreas cobertas pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Os ACSs deverão organizar a informação espontânea da comunidade envolvida, o que colaborará para levantamentos das características dos domicílios e estimativas pontuais, que ajudarão a esclarecer as ações futuras. A construção da base territorial é uma das etapas mais importantes na caracterização da população e de seus problemas, além do dimensionamento dos níveis de saúde que, com as visitas domiciliares desenvolvidas, especialmente pelos ACSs, possibilitarão a definição das ações e prioridades específicas do território.

[17] O SUS hierarquiza três níveis para as Unidades de Saúde - US: baixa, média e alta complexidade. Os pacientes são atendidos nasUS conforme a complexidade de seu quadro clínico. Unidades Básicas de Saúde ou hospitais secundários são as modalidades para referência. Outro caso são aqueles encaminhados para hospitais de alta complexidade ou terciários, isto é, contrarreferência. O SUS procura garantir ao cidadão uma hierarquia de referência e contrarreferência ideal para a necessidade do tratamento. (FUNDAÇÃO ZERBINI, 2012).

Mapa 01: Territórios das Estratégias Saúde da Família- ESFs da área urbana de Montes Claros – ano 2012



Em relação ao conteúdo do mapa 01, é destaque a organização dos territórios de abrangência das Estratégias Saúde da Família (ESFs) na cidade de Montes Claros (MG), no qual esses territórios estão distribuídos nas 38 Unidades Básicas de Saúde da área urbana. Apesar de serem 76 Equipes das ESFs no município, tanto na área urbana como na rural, em algumas UBSs, é sediada mais de uma, por exemplo, as UBSs dos bairros Morrinhos e Independência abrigam cada uma 03 equipes; a do Maracanã, 04 equipes. No mapa, foram localizados somente 61 territórios das Estratégias, porém a do bairro Amazonas está associada ao Jardim Brasil, o mesmo acontece com o Tancredo Neves e Vila Tiradentes.

A do bairro Jardim Eldorado engloba as equipes I e II e a do Morrinhos conglomera 03 equipes. O quadro 02 refere-se aos nomes dos bairros onde estão localizadas as ESFs, o que totalizam 51, confirmando, desse modo, a distribuição dos territórios das Estratégias na área urbana montesclarense (mapa 01).

Quadro 02: Estratégia Saúde da Família por bairros na Área Urbana de Montes Claros, 2012.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA POR BAIRROS NA ÁREA URBANA DE MONTES CLAROS, 2012		
Alto da Boa Vista	**Jardim Palmeiras I e II**	**Santa Paula Elizabeth.**
Amazonas e Jardim Brasil.	**Jardim Primavera**	**Santa Rafaela.**
Alterosa.	**Jardim São Geraldo.**	**Santo Antônio I e II**
Bela Paisagem.	**Jardim Santo Inácio**	**Santos Reis.**
Bela Vista.	**José Carlos de Lima.**	**Tancredo Neves e Vila Tiradentes.**
Carmelo.	**José Corrêa Machado.**	**Vargem Grande.**
Cidade Cristo Rei.	**Lourdes I e II.**	**Vera Cruz.**
Cidade Industrial.	**Monte Carmelo I e II.**	**Vila Anália.**
Cintra I e II.	**Morrinhos I, II e III.**	**Vila Greyce.**
Clarice Ataíde.	**Maracanã I, II, III e IV.**	**Vila Campos.**
Chiquinho Guimarães.	**Major Prates.**	**Vila Atlântida.**
Clarindo Lopes.	**Nossa Senhora de Fátima.**	**Vila Mauricéia**
Ciro dos Anjos.	**Nossa Senhora das Graças.**	**Vila Oliveira.**
Delfino Magalhães.	**Nova Morada.**	**Vila São Francisco de Assis.**
Independência I, II e III	**Novo Delfino.**	**Vila Sion.**
Jardim Eldorado I e II.	**São Geraldo**	**Vila Telma.**
Jardim Olímpico	**Santa Eugênia.**	**Vilage do Lago.**

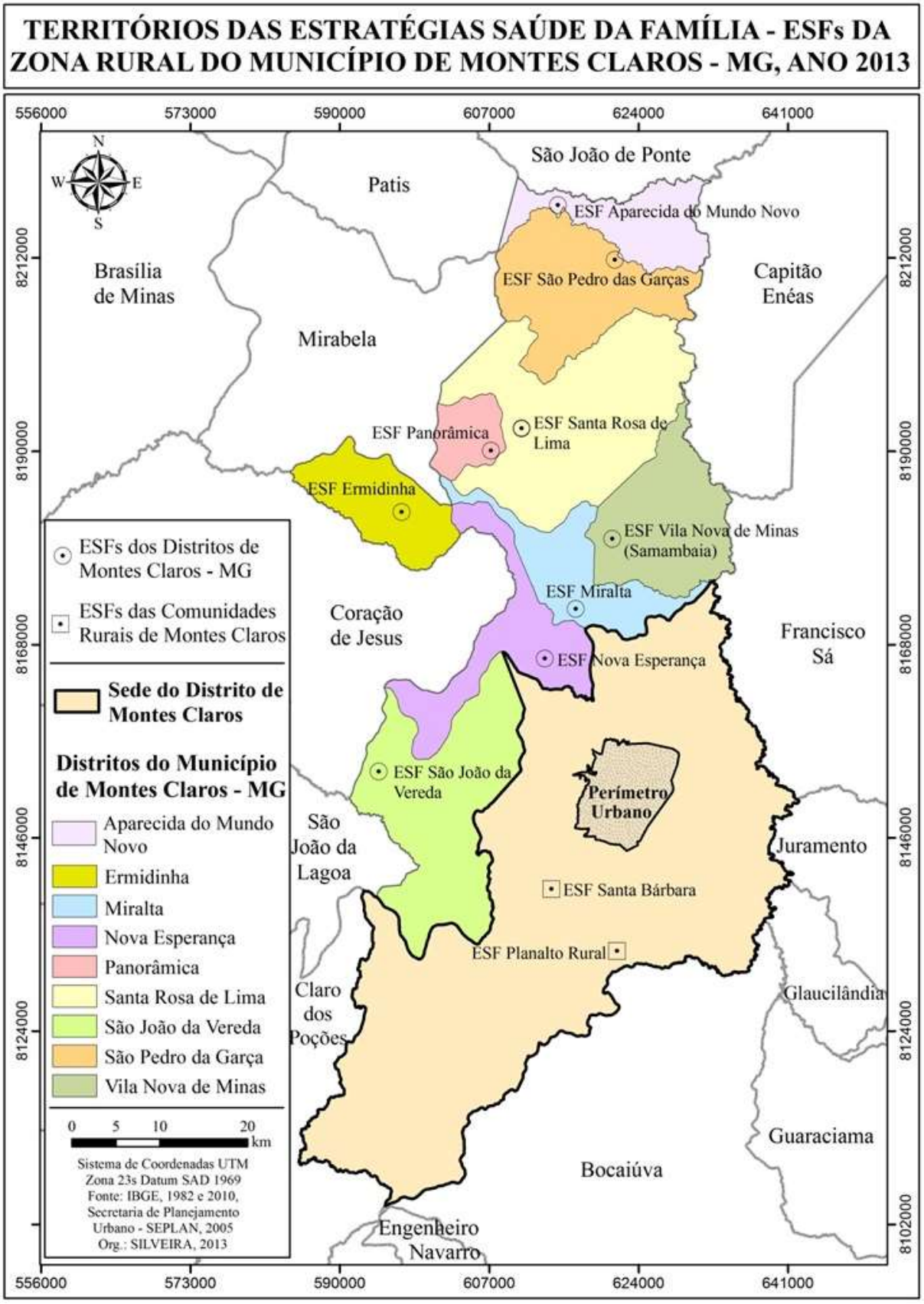
Fonte: SMS/PMMC, 2012. **Org.:** SILVEIRA, 2012.

Ainda no mapa 01, fica evidente que áreas não assinaladas são as que ainda não possuem UBSs. A nordeste, esses vazios equivalem aos bairros Universitário, Village do Lago, Jaraguá I, II e III, Clarice Atayde Vieira, São Lucas, Nova América e Jardim Primavera, que foram estruturados recentemente devido à expansão urbana da cidade. Os moradores desses locais, considerados periféricos, na maioria, possuem baixo poder aquisitivo e são atendidos nas Unidades dos bairros Planalto, Jardim Eldorado e casualmente no bairro Cidade Industrial. A oeste, sudoeste e em direção à parte central, estão localizados aqueles bairros estabelecidos como de classes média e alta, portanto de maior poder aquisitivo. São eles, o Jardim Panorama I e II, Barcelona Parque, Todos os Santos, Augusta Mota, Morada do Sol, Morada do Parque, Jardim Liberdade, Ibituruna, Sagrada Família, São Luís, Cândida Câmara. Grande parte da população desses possui planos de saúde e não usa com frequência o SUS, quando isso acontece dirigem-se às Unidades Básicas do Ibituruna, Major Prates e Vila Oliveira (PESQUISA DIRETA, 2012).

O município, através da SMS, tem entre as metas para 2013-2016 ampliar os territórios de saúde e para tal, toda a área já territorializada passarão por uma nova (re) territorialização, durante a qual os espaços ainda não atendidos serão beneficiados, principalmente a oeste e nordeste do sítio urbano. Nessa meta, as áreas rurais também foram incorporadas nelas cada distrito possui pelo menos uma UBS local.

O mapa 02 apresenta os distritos do município de Montes Claros, localizando as sedes urbanas, onde estão instalados os Postos de Saúde, espaços em que as ESFs prestam os serviços de Atenção Primária. Nesse mapa, é também destaque a área urbana e rural da cidade de Montes Claros, que, apesar da grande dimensão territorial, possui serviços das ESFs na sede dos aglomerados urbanos de Planalto Rural e Santa Bárbara. Segundo a coordenação da Atenção Primária/SMS, em 2013, a área rural receberá outras Unidades.

Mapa 02: Territórios das Estratégias Saúde da Família – ESFs da zona rural do município de Montes Claros – MG, ano 2013



O quadro 03 disponibiliza as UBS da Área Rural do município, que ofertam os serviços básicos de saúde, ou seja, os de Atenção Primária, Educação em Saúde e Saúde Bucal. Os casos de Média e Alta Complexidade são encaminhados para a cidade polo.

Quadro 03: Estratégia Saúde da Família na Área Rural de Montes Claros, 2012.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ÁREA RURAL DE MONTES CLAROS, 2012	
Aparecida do Mundo Novo	**Santa Bárbara**
Jardim Primavera	**Planalto Rural**
Nova Esperança	**Mandaquaril**
São Geraldo II	**Miralta**
Santa Rosa de Lima	**Vila Nova de Minas (Samambaia)**

Fonte: SMS/PMMC, 2012 **Org.:** SILVEIRA, 2012.

Na figura 06 estão expostas vistas parciais de alguns distritos citados no quadro 03, relativas às condições de localização e aspectos estruturais dos mesmos.

Figura 06: Distritos de Montes Claros: 1- Nova Esperança; 2- Vila Nova de Lima; 3 e 4 – Santa Rosa de Lima.



Fonte: SILVA, 2011; MARÇAL, 2012.

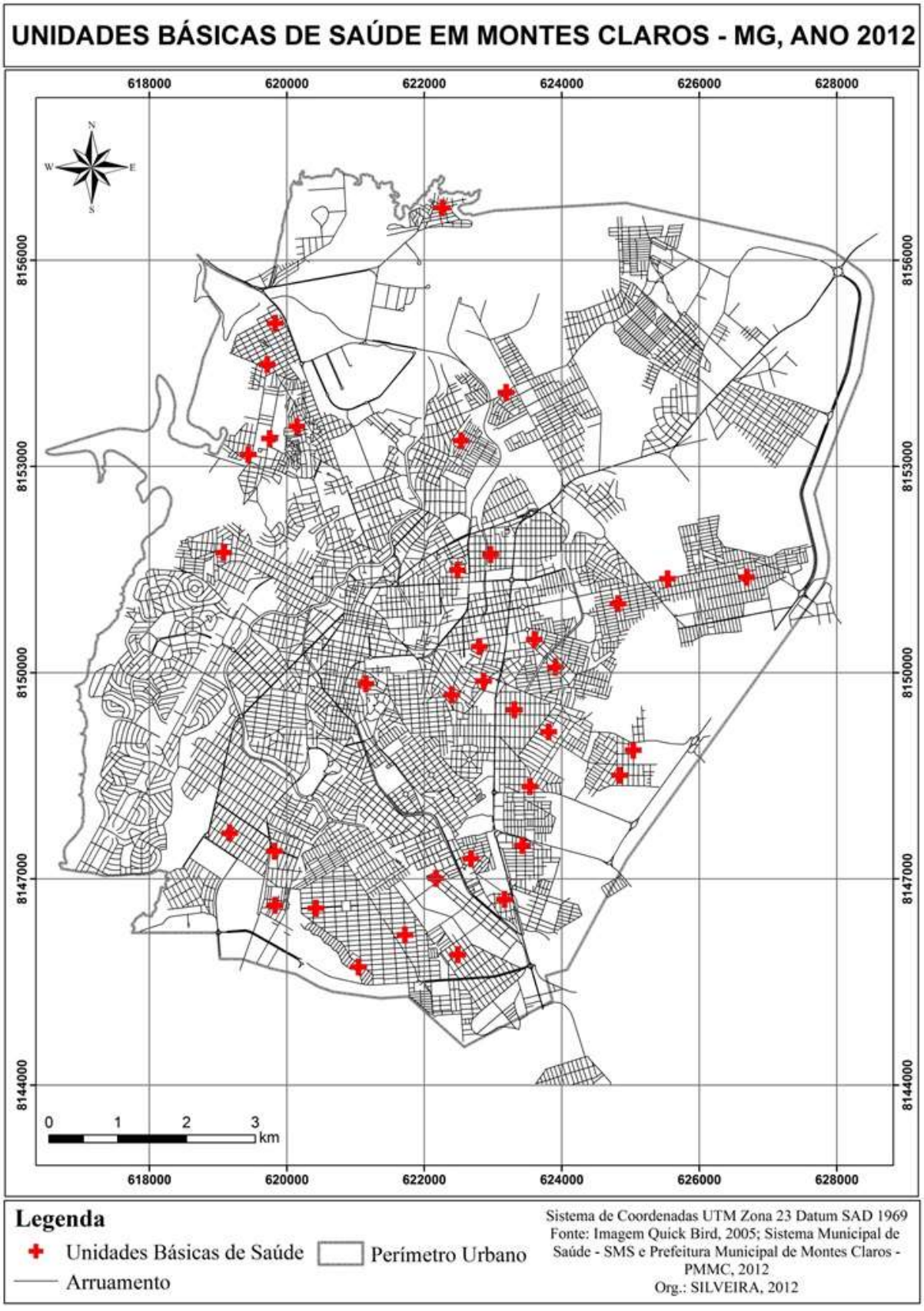
Nos mapas 01, 03 e 04 fica evidenciada a consonância existente entre eles. O conteúdo do mapa 03 versa sobre a espacialização das Unidades Básicas de Saúde urbanas em 2012, estas estão concentradas no sentido centro-leste e em direção ao sudeste. Apresenta ainda menor concentração a noroeste e vazios rumo a norte-nordeste e sul-sudoeste. Nesse foco, é sabido que algumas UBSs passaram por reformas físicas e de ampliação nas bases funcionais, clínicas e de especialidades e, até esta data, nenhuma outra estrutura foi montada. (PESQUISA DIRETA, 2012).

Igualmente, no mapa 04, os vazios das Unidades de Saúde são quase que similares aos mapas mencionados. Nele, os Postos de Saúde são mais equânimes quanto à distribuição no espaço urbano, porém existem carências segundo os usuários, devido à distância entre os Postos e a localização das ESFs, além das questões de estruturas e recursos humanos. São eles que prestam assistência às necessidades imediatas das comunidades, fato que compromete a proposta do SUS dentro da visão de atenção integral e de hierarquização dos serviços.

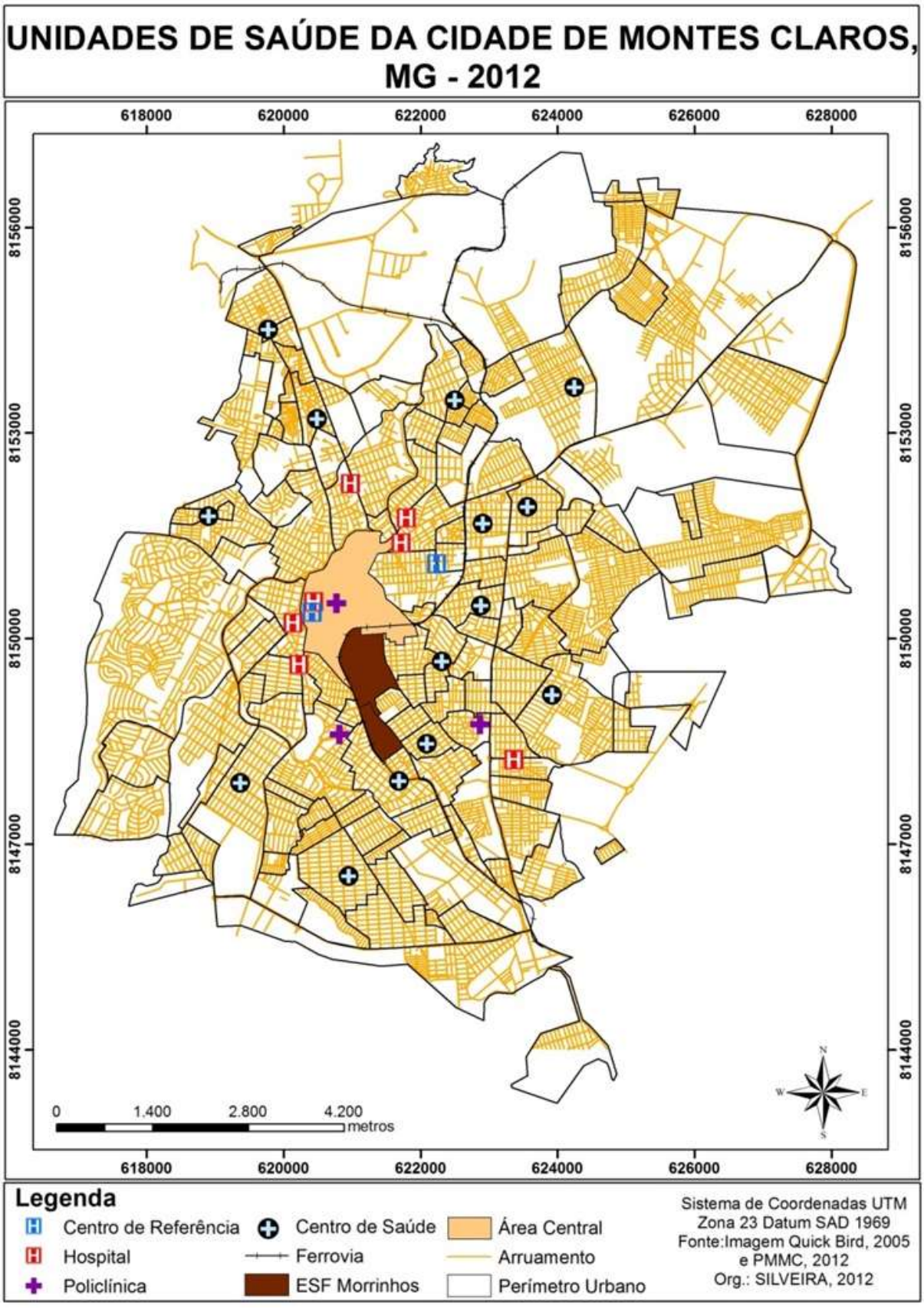
Os hospitais e policlínicas estão concentrados nas áreas centrais ou próximas. Toda distribuição das Unidades de Saúde tem a ver com os fatores políticos, socioeconômicos e de gestão, os quais muitas vezes não correspondem à demanda da grande população que reside no perímetro urbano de Montes Claros e que necessita fazer uso democrático desse serviço. A localização de grande parte desses equipamentos de saúde está em vias de acesso rápido, as quais possuem serviços de transportes necessários aos usuários. Nesse sentido, as ESFs, se ampliadas em número e serviços, muito contribuirão para a universalização, equidade e regionalização da saúde.

No que diz respeito ao alargamento da rede hospitalar, uma vez que esta é considerada insuficiente para atender a demanda local, regional e áreas de entorno, existem iniciativas para construção de novas Unidades de Saúde. Entre elas está o Hospital do Trauma da Santa Casa, que se constituirá em uma nova perspectiva para a urgência e emergência local e regional.

Mapa 03: Unidades Básicas de Saúde em Montes Claros – MG, ano 2012



Mapa 04: Unidades de Saúde da cidade de Montes Claros, MG - 2012



O convênio foi firmado em 1º de abril de 2011 com o governo do Estado, para que essa Instituição cumpra o seu papel como referência regional do trauma maior. Segundo informações da administração da Santa Casa (2011, p.1), esse hospital em médio prazo,

> Disponibilizará uma Unidade de pronto-socorro suficientemente dimensionada para o atendimento regional com excelência, além da regularização da oferta de leitos resolutivos, em projeção para atender a necessidade até 2030, cuja carência vem recrudescendo à medida que a Rede evolui em sua eficiência.

Inicialmente, a liberação dos recursos foi destinada à elaboração de projetos arquitetônicos e complementares, além de outros investimentos para a programação do funcionamento de um hospital moderno, projetado para oferecer 150 leitos diários, com recursos de automação.

Fica então evidente que, no âmbito do exercício da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, a categoria Território, em suas contexturas e diante do modelo de territorialização proposto pela Secretaria Municipal de Saúde, é a mais adequada, pois tem oportunizado as interconexões entre os conteúdos espaciais e as práticas dos serviços. Sendo assim, o modelo implantado foi balizado pelo Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais.

O próximo capítulo versará sobre os diversos momentos desse Plano e também discutirá a respeito das contribuições do Projeto Montes Claros (PMC), que serviram como uma das orientações para o modelo SUS, devido às metodologias e estruturas desenvolvidas em seus aplicativos na região norte-mineira.

CAPÍTULO 3:
A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM MINAS GERAIS E O PROJETO MONTES CLAROS: CONTRIBUIÇÕES PARA O SISTEMA DE SAÚDE ATUAL

Vista parcial aérea da cidade Montes Claros-MG.



Fonte: MARÇAL, 2009.

O Projeto Montes Claros existiu sim, existe e continuará existindo, enquanto a chama da solidariedade, a coragem inovadora e o fomento do compromisso social puderem morar no coração dos homens.

(JOSÉ SARAIVA FELIPE, 1995).

Este capítulo consiste em uma investigação sobre a regionalização da saúde no estado de Minas Gerais e o papel de Montes Claros nesse âmbito. Diz respeito também às contribuições do Projeto Montes Claros-PMC na constituição do Sistema de Saúde Brasileiro. Essa investigação será feita a partir da construção do cotidiano do SUS através das ações e serviços prestados nos territórios das Estratégias Saúde da Família, no exercício do Sistema nos estados brasileiros e respectivos municípios.

Como a Geografia estuda as relações entre o homem e o meio, vinculadas aos princípios e fundamentos básicos, essa ciência permite que a ESF estruture seus alicerces na utilização de categorias geográficas que viabilizem e respaldem ações e serviços desenvolvidos nos diferentes territórios de saúde. O PMC, devido ao caráter emblemático, será historiado e analisado, pois ele contribuiu para os novos rumos da reforma sanitária brasileira, o que resultou em uma construção coletiva e inovadora, “a marca registrada” que precedeu e instaurou o Sistema Único de Saúde do Brasil.

Antes de abordar sobre a regionalização da saúde no Estado de Minas Gerais, é ressaltada a importância da declaração de Alma-Ata e a proposta democrática de “Saúde para Todos” no milênio de 2000. Mendonça (2009, p. 39) escreve que, em Minas Gerais, a gestão da saúde buscou adequar os princípios sugeridos nessa Conferência nas determinações para uma medicina mais socializada.

A experiência de Alma-Ata colaborou na nova visão médico-social, quando os estudantes de medicina participavam de práticas fora dos espaços acadêmicos e hospitais. Isso foi acatado plenamente pelos governos latino-americanos, porque esse aprendizado aproximava os universitários da população. Nessas experiências, os acadêmicos encontravam respostas para as questões que surgiam e proporcionavam aos usuários simplicidade nas ações em saúde a baixo custo. Assim, houve gradativa racionalização dos serviços de saúde e simplificação das práticas de assistência, inclusive as do Vale do Jequitinhonha e Norte do Estado de Minas Gerais. (MENDONÇA, 2009, p. 39).

A Administração Pública do Estado de Minas Gerais, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde, não se furtou a essas iniciativas, porque buscava mudanças e também sobrelevar o modelo administrativo dos serviços de saúde na área da Medicina Comunitária com prioridades essenciais ao modelo de Atenção Primária. Entre essas iniciativas, a relação de higiene do homem com o meio, ao focalizar sempre o autocuidado em uma visão ativa de prevenção à saúde.

Simultaneamente, o trabalho da Medicina Comunitária priorizava a implantação de Centros Comunitários locais, fato que acentuou a disponibilização da oferta dos serviços de saúde via assistência ambulatorial mesmo diante das precárias condições vividas pelos profissionais da saúde relativas às estruturas, equipamentos e qualificação profissional. Todo o contexto alicerçava-se no modelo criado pelos Estados Unidos para atender às questões sociocomunitárias ali experimentadas. A implantação e serviços prestados pelos centros comunitários tiveram culminância durante a década de 1930, mas, após esse período, conheceu gradativo declínio, devido a mudanças estruturais no contexto sociopolítico (CARVALHO *et al*, 2001).

No Brasil, as decisões foram incorporadas à saúde comunitária, agregando universitários das várias áreas de saúde através da prestação de serviços em projetos que interagia a teoria com a prática em uma Integração Docente Assistencial-IDA. Na execução, os projetos eram voltados para a Medicina Preventiva, que, nos escritos de Paim (1998, p. 6), consistiu em um modelo firmado nos serviços básicos de saúde para as populações periféricas ou rurais distanciadas de assistência básica, o qual fomentava ações preventivas e curativas com base no trabalho de campo e visitas em domicílios, posteriormente haveria reuniões para o desenvolvimento de ações educativas em saúde e saneamento, ou seja, atividades extramurais.

Segundo Paim (1998), essa etapa desenvolveu ações na área de prevenção, já que a Medicina Comunitária supria gradativamente a Curativa, a hospitalar e a assistência privada em saúde. Segundo o autor, nesse período, foram notórios os grandes investimentos e dotações financeiras voltadas para a saúde pública.

Rosen (1979, p. 371) confirma esse momento, ao registrar que,

> A consciência de que a doença predominava entre os pobres e de que o cuidado médico acessível a eles era inadequado deu origem a tentativas de melhorar sua saúde através de uma oferta mais eficaz de atenção médica. Historicamente, tal consideração expressou-se na criação de programas e de meios que vão desde os dispensários do século XVIII até os atuais centros comunitários de saúde. Na verdade, estes centros surgiram a partir do reconhecimento de que as providências e os programas existentes nos Estados Unidos não estavam satisfazendo as complexas necessidades sanitárias dos pobres.

Após a década de 1970, o funcionamento da saúde esteve voltado para um sistema que direcionasse as ações propostas pelo SUS fomentando a descentralização dessas ações. Em 1972, a SES/MG implantou o novo modelo de atenção firmado na "Teoria de Sistemas" delineado em sete princípios: hierarquização dos serviços, coordenação interinstitucional, cobertura máxima, financiamento multilateral, sistema de informação de inter-relações, participação da comunidade e delegação de funções específicas para a equipe de saúde. Nunes (1998) afirma que para tal era preciso capacitar os profissionais de saúde, além de haver uma ampliação da Rede Física.

A partir dos processos subsidiados pelo SUS e normatizações sugeridas pela NOAS 2001/2002, o Estado de Minas Gerais instaurou, no seu âmbito, a regionalização da saúde fundamentada nos princípios e leis que regiam a saúde brasileira.

3.1 A regionalização da saúde em Minas Gerais e suas redes como ferramenta de gestão

O estado de Minas Gerais desde o ano de 2002 instituiu seu Plano Diretor de Regionalização alicerçado no SUS, com o objetivo de distribuir, ordenar e organizar os espaços dos territórios de saúde em Minas Gerais dentro dos princípios doutrinários e organizativos das políticas públicas aplicadas a Atenção Primária na organização das redes, na qual os princípios do SUS foram criteriosamente obedecidos. (PDR- MG, 2011).

A gestão da saúde foi organizada em regiões que são de responsabilidade dos entes municipais e estadual, com fim específico de promover e reforçar as políticas de saúde dos municípios nos diversos níveis de Atenção Primária, especificamente aqueles pertinentes à densidade tecnológica com objetivo de agregar e organizar a clientela e maior economia para o Estado. (PDR- MG, 2011).

O plano afirma o papel do Estado na regulação, mediação e avaliação das relações internas entre ele e as regiões, em uma busca de integração na gestão do SUS nos territórios. Tal regionalização privilegiou os limites territoriais dentro e fora dos "espaços intermunicipais contíguos" – Regiões de Saúde, Regiões Ampliadas ou Interestaduais. Essa metodologia favoreceu a formação de redes identificadas que controlam as Unidades mesmo fora dos rígidos limites regionais, orientada pela Programação Pactuada Integrada – PPI (PDR- MG, 2011).

O PDR em Minas Gerais criou condições para a construção das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) [18] já determinadas pela gestão da saúde/União, nas Regiões de Saúde e Regiões Ampliadas, estância jurídica colegiada e descentralizada do SUS. Estas se constituíram no *locus* de debates dos problemas comuns, de aquinhoar e pactuar as propostas dos projetos e planos que fortalecessem a identidade da governança das Regiões de Saúde. No Estado a CIB (SUS/MG) apontou dificuldades resultantes das condições de autossuficiência das pequenas Regiões de Saúde, fato que gerou perdas na eficiência das diversas execuções e resolubilidade, interligadas ao fator de extensão territorial do Estado e de suas contradições socioeconômicas.

Portanto, as CIBs estabelecem primeiramente um alinhamento de conceitos do PDR/MG e seus alinhavos, além do fortalecimento da capacidade de gestão, sem perder a visão do todo. As segunda e terceira etapas são fortalecidas através do planejamento estratégico nas diversas formas de lidar com as situações que envolvem os serviços de saúde.

[18] Art.3º As Comissões Intergestores Regionais (CIRs) e as Comissões Intergestores Regionais Ampliadas (CIRAs) substituirão as atuais Comissões IntergestoresBipartites Microrregionais (CIBs Micro) e a Comissões IntergestoresBipartites Macrorregionais (CIBs Macro), respectivamente. (DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG nº 1.219, DE 21 DE AGOSTO 2012).

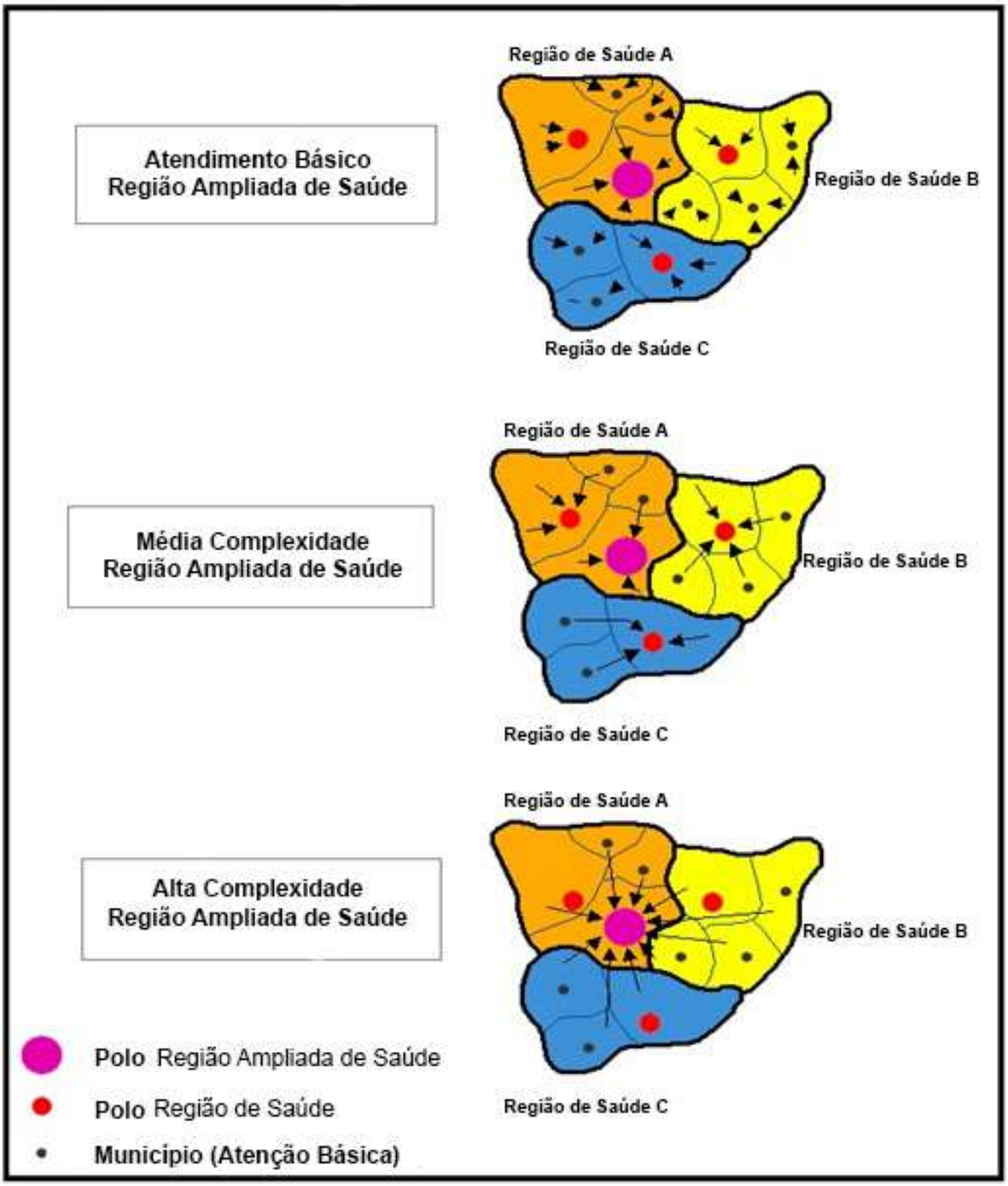
O modelo contido no Plano ainda orienta quanto à organização dos serviços em níveis crescentes de densidade tecnológica, obedecendo aos graus de atenção à saúde já definidos no documento. Nele, os níveis de atenção correspondem à condição da regionalização - o território sanitário como centro polarizador nas diversas unidades de assistência, ambulatórios, hospitais - desenvolvendo funções específicas dos serviços em rede oferecidos.

A longo prazo, o plano sugere que as Regiões Ampliadas de Saúde devem ofertar os serviços nos níveis de Atenção Básica prioritária e/ou temática de acordo com a demanda geral, enquanto que aquelas que não estiverem previstas pelo plano estadual, as coordenações técnicas devem estabelecer os fluxos e as agendas espontâneas intercalando-as entre as Regiões Ampliadas de Saúde e as Regiões de Saúde em redes de atenção à saúde em seus níveis e complexidades (PDR- MG, 2011).

A figura 07 evidencia no campo do ideal (PDR/MG, 2011) a relação da Atenção Primária Ampliada desde o primeiro nível de referência intermunicipal até a organização da assistência de média complexidade ambulatorial e hospitalar e, posteriormente, a de alta complexidade. Esta sugestão do Plano Diretor de Regionalização mineiro tem sido observada pelas Regiões Ampliadas de Saúde, porém existem dificuldades na rede concernentes às particularidades físicas e socioeconômicas, além das tecnológicas e de recursos humanos dos municípios. (PDR/MG, 2011)

Para Mendes (2009, p. 82), as redes de atenção à saúde possibilitam oferta contínua e integrada à determinada população. Essas redes possuem responsabilidades sanitárias e econômicas para com seus atendidos. São organizadas de forma poliárquica, sem hierarquia definida entre os pontos de atenção à saúde. Trabalham em um processo contínuo de atenção nos três níveis: primário, secundário e terciário. Fomentam integralidade nas intervenções “promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas”, coordenam toda a base dos serviços e monitoram oportunamente o tempo, lugares e a qualidade dos atendimentos.

Figura 07: Níveis Assistenciais de Saúde propostos pelo PDR/MG e seus respectivos fluxos



Fonte: PDR/MG 2011 - **Org.:** SILVEIRA, 2012

Possuem três fundamentos: os componentes da rede, o modelo de atenção à saúde e uma população. Dos três, a população é primordial, pois não se pode estruturar a rede de atenção sem uma população adscrita, o que é fundamental no processo de territorialização (espaços/população). Conforme a figura 07, o nível assistencial do

Atendimento Básico da Região de Saúde é pulverizado e capilar; já a Média Complexidade da Região Ampliada de Saúde está regionalizada; na Alta Complexidade da Região Ampliada de Saúde, os serviços estão centralizados e existe uma integração em rede.

A população absoluta do território é de responsabilidade da rede de atenção à saúde. Está organizada em "territórios sanitários singulares", socialmente organizadas em famílias identificadas e cadastradas. Para melhor controle, essa população será fragmentada em subpopulações por fatores de risco, que são estratificados e nomeados em relação às condições estabelecidas pelas redes. (MENDES, 2009).

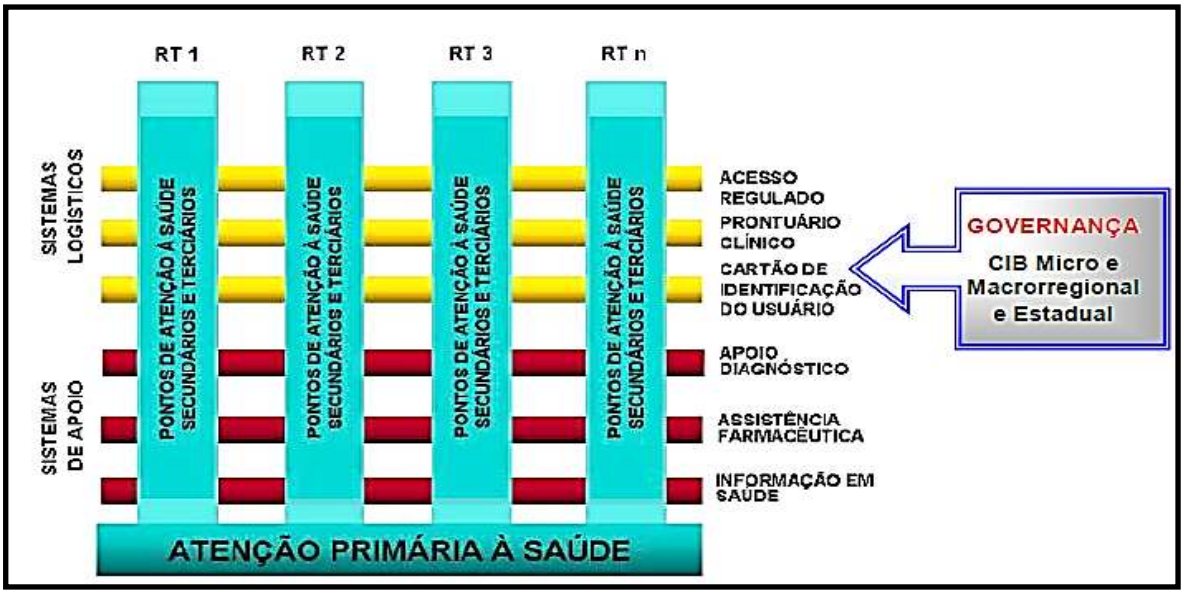
O PDR-MG (2011) sugere um trabalho integrado em uma estrutura operacional de Redes de Atenção à Saúde. Estas são materializadas em cinco modalidades:

I. Um Centro de Comunicação localizado na Atenção Primária à Saúde, com papel intercambiador na rede horizontal, que coordena os fluxos e contrafluxos do sistema de serviços das Unidades ou das Equipes de Atenção Primária.
II. Serviços de Atenção Primária e Secundária (nós das Redes de Atenção à Saúde) que se constituem em lugares institucionais de oferta desses serviços.
III. Sistemas de Apoio Institucionais os quais desenvolvem serviços comuns às modalidades de Atenção à Saúde: diagnóstico, terapêutico, assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde.
IV. Sistemas Logísticos: correspondem às soluções tecnológicas ancoradas nos serviços de informação, garantem a organização racional dos fluxos e contrafluxos da Atenção Primária nos produtos e usuários.
V. Sistemas de Governanças das Redes: são aqueles que institucionalizam a gestão em arranjos institucionais organizados, cooperativos na obtenção de resultados sanitários efetivos e eficientes nas Regiões Ampliadas de Saúde e Regiões de Saúde.

Na figura 08, é observada a estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde sugerida pela Secretaria de Estado de Saúde (2008) com exceção do sistema de

governança que permeia toda rede. Os sistemas de Atenção à Saúde são definidos pela OMS como um conjunto de ações com o objetivo de promover, restaurar e manter a saúde da população. Retratam as demandas e representações populacionais nos territórios em determinado período. São apresentados de formas diferenciadas e organizados pela intermediação de experiências nacionais e/ou internacionais. São duas as tipologias mais aceitas na saúde: os sistemas fragmentados e os sistemas de saúde em redes de atenção.

Figura 08: Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde



Fonte: SES-MG 2008. **Org.:** SILVEIRA, 2012.

Os sistemas fragmentados são hegemônicos e (des)organizam-se em processos nos quais a atenção à saúde ocorre de forma isolada. A partir desse fato torna-se incapaz de prestar a atenção continuada aos usuários. Os três níveis de atenção não se comunicam, são definidos pelas “complexidades crescentes”, sua estrutura é hierárquica e resulta em um sistema distorcido, o que, para Mendes (2012, p.02) conduz a “banalização da atenção primária à saúde”, seja ela material seja simbólica através das práticas, as quais exigem maior complexidade.

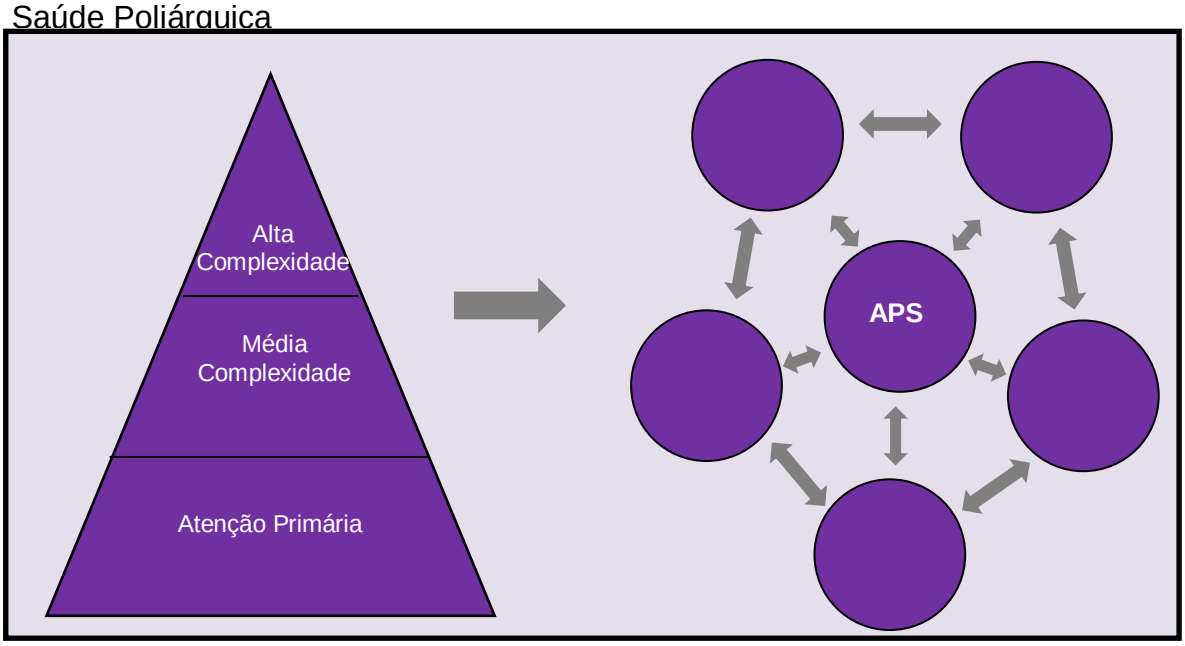
Já nos sistemas das redes de atenção à saúde, não existe uma hierarquia de pontos de atenção nas distintas densidades tecnológicas. Estas se configuram sem grau de ordenamento entre eles. Todos os passos para a atenção integral são

interrelacionados e formam uma rede horizontal, apenas se diferenciam nas densidades tecnológicas, é um sistema é poliárquico. (MENDES, 2012, p.02).

Ademais, tanto um como o outro contém dois modos diferenciados na organização dos serviços de saúde. Os sistemas com finalidades de atenção “às condições agudas” voltam-se para o modelo de fragmentação, e os com o foco para “a atenção às condições agudas e crônicas” optam pelas redes de atenção à saúde. Todavia, o último atende concomitantemente às condições crônicas e agudas. (MENDES, 2012, p.08).

Na figura 09, estão apresentados os dois sistemas de saúde. O primeiro demonstra o Sistema Piramidal Hierárquico nos seus três níveis de atenção primária e o segundo, o Sistema em Rede de Atenção à Saúde Poliárquica, em sua horizontalidade, integrada, organizada a começar de um centro de comunicação (componente da estrutura operacional) no qual todo o sistema gira em torno da Atenção Primária (círculo central).

Figura 09: Sistema Piramidal Hierárquico para a Rede de Atenção à Saúde Poliárquica



Fonte: SES-MG 2010. **Org.:** SILVEIRA, 2012.

Nessa óptica, as redes com os distintos perfis das populações e regiões são articuladas, monitoradas e as Gerências Regionais de Saúde - GRSs, (instaladas

em período anterior ao PDR/MG), procuravam garantir a gestão de saúde no Estado, ao integrá-la ao Sistema Maior.

As GRSs, segundo o PDR/MG, constituem-se em “uma divisão político-administrativa não coincidente com a divisão de assistência”, isto é, o Plano Diretor materializa a proximidade do “desenho administrativo” associado com o desenho “assistencial” executado. A superação dos obstáculos está diretamente ligada ao modelo regional e ao processo de negociação com as CIBs, em consonância com as prioridades do planejamento indicadas no “Plano de Governo do Estado”. Hoje, o sucesso dessas prioridades depende da sintonia de agregação e acesso das Regiões de Saúde e Regiões Ampliadas de Saúde.

O referido plano não é rígido, pois sua base oferece aberturas para adequação às realidades experimentadas pelos municípios na promoção e descentralização da saúde. Seu objetivo é garantir os princípios do SUS em Minas Gerais, entre eles a equidade, a integridade e as avaliações comparativas entre os arranjos regionais, levando em conta a estrutura de saúde e a capacidade de atendimento dos municípios.

Entre as adequações a serem planejadas e avaliadas estão as funções esperadas, os níveis de modelos adotados e as inter-relações. Essas nortearão as intervenções futuras, como os espaços suprarregionais e intermunicipais nas agregações e responsabilidades, funções e operacionalização dos serviços. Então, o Plano Diretor de Regionalização/MG define região como:

> conjunto de municípios circunvizinhos que mantêm entre si inter-relações para as questões de promoção e assistência à saúde do SUS, sendo a maioria periféricos a um polo que exerce força de atração sobre os demais, e constituem-se como base populacional e territorial para cálculos do planejamento em saúde e organização de redes. Para o PDR/MG, cada região se configura conforme o modelo de atenção adotado; cada região se caracteriza segundo o nível de atenção, o âmbito de cobertura dado, o porte, as inter-relações com as demais regiões do sistema, circunvizinhas ou não (PDR/MG, 2002 p.29).

Destarte, a partir da base populacional, a região de saúde constitui-se como foro de planejamento e de relacionamentos intermunicipais do SUS, pois não inclui somente os cálculos de recursos financeiros e administrativos, mas também as ferramentas estratégicas que promovem a “cogestão, governança, sentimento de pertencimento, de identidade, relações de complementaridade, compartilhamento de problemas e interesses.” (PDR, 2002, p. 43).

Aos municípios é inerente a Responsabilidade Sanitária e de Atenção Primária. À Coordenação Estadual cabe monitorar as ações de promoção à saúde no que alude aos processos de: equidade entre as regiões, integridade/organização das redes, acesso aos diversos níveis de atenção intra e inter-regionais, eficiência e eficácia no uso de recursos, resolubilidade programática e assistencial de Regiões de Saúde e Regiões Ampliadas de Saúde. (Lei 8.080 de 09/1990).

A datar de 2003, a Secretaria de Estado de Saúde - SES/MG, o Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS e a Comissão Intergestores Bipartite - CIB tiveram a incumbência de aprovar propostas de ajustes periódicos ao PDR/MG. Exemplificando, em 2009, foi justificada a criação de uma nova Região de Saúde devido a causas estruturais em benefício do todo, isto é, o desmembramento de outra. As ações e serviços disponibilizados são desenvolvidos de acordo com as demandas da população nos municípios da rede e são regionalizados dentro das necessidades socioeconômicas e ambientais. (PDR- MG, 2011).

Os Planos Diretores de Regionalização da Saúde em Minas Gerais permearam os períodos de 2001 a 2004 (PDR 2002); 2003 a 2006 (PDR 2003); 2008 (PDR 2008); 2009 a 2010 (DR 2009); 2011 a 2012 (PDR 2011); e 2013 (PDR 2013), esse último foi instituído a partir de fevereiro de 2013, com ajustes feitos na versão anterior pela gestão da Secretaria de Estado da Saúde/MG. (PDR/MG, 2013).

Concomitantemente a partir de 2006, o Ministério da Saúde instituiu o Pacto pela Saúde, que tem como objetivo promover a melhoria dos serviços ofertados à população e a garantia de acesso a todos, através de inovações nos processos e instrumentos de gestão “pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e

municípios) do Sistema Único de Saúde.” (PORTAL SAÚDE, 2012). Sua efetivação acontece através dos Termos de Compromisso de Gestão (TCG Federal, Estadual e Municipal), que são renovados anualmente, atualizando os processos de habilitação, metas e compromissos para os entes federados. Os recursos repassados aos Estados atendem às modalidades de Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência e de Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde. (PORTAL SAÚDE, 2012).

Esse Pacto tem como estratégia consolidar as ações do SUS em cada estado envolvendo um processo claro e objetivo dos compromissos firmados por esses estados na operacionalização do Sistema e superação dos problemas políticos, técnicos e administrativos no exercício da gestão SUS. Foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e publicado na Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. A adesão ao Pacto implicou um processo de cooperação entre os gestores e negociação local, regional, estadual e federal.

Para orientação no exercício do Pacto e consolidação dos princípios do SUS nos Estados participantes, o Ministério da Saúde instituiu a Coletânea Série Pactos pela Saúde, que diz respeito a todos os passos para a concretude dos objetivos, princípios e demais proposições contempladas pelo Sistema. Essa série é composta pelos seguintes temas:

a) Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão;

b) Pacto pela Vida e de Gestão;

c) Regionalização Solidária e Cooperativa - Orientações para sua implementação no SUS;

d) Política Nacional de Atenção Básica;

e) Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde;

f) Diretrizes para Implantação de Complexos Reguladores;

g) Política Nacional de Promoção da Saúde;

h) Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não Transmissíveis – Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência;

i) Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

j) Colegiado de Gestão Regional na Região de Saúde Intraestadual – Orientações para organização e funcionamento;
k) Pactuação Unificada de Indicadores – Avaliação 2007;
l) Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento;
m) Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde;
n) Pactuação Unificada de Indicadores – Avaliação 2008. (PORTAL SAÚDE, 2012).

Portanto, todos os processos a serem desenvolvidos nos PDRs brasileiros devem estar em sintonia com o SUS e norteados pelas propostas do Pacto pela Saúde, porque somente assim o planejamento e execução das ações e serviços poderão garantir o acesso e a integralidade da atenção à saúde aos usuários. (PACTOS PELA SAÚDE – VOLUME 3, 2006). Todavia, apesar das orientações do SUS e PDRs, o desenvolvimento e aplicabilidade das suas práticas ainda não correspondem efetivamente às emergências em saúde do povo brasileiro e especialmente no estado de Minas Gerais.

Nesse aspecto, o Colegiado de Gestão Regional - CGR não deve medir esforços para o cumprimento das ações conjuntas na realização dos compromissos acordados, para o qual o diálogo, a parceria, a cooperação e a solidariedade fortalecem a integração das práticas coletivas nas soluções mais convenientes para as Regiões de Saúde. Os CGRs têm a responsabilidade de definir toda a agenda de trabalho dos técnicos ligados à saúde, além de discutir e deliberar sobre a pactuação, desde o espaço local até o regional. (PACTOS PELA SAÚDE – VOLUME 3, 2006).

Na proposta de regionalização definida pelo SUS, é preciso articular, desde a esfera federal até as realidades locais, seus princípios democráticos, com base nas diretrizes organizativas e fundamentos legais. Assim procedendo, haverá redução das desigualdades sociais, territoriais e existirá equidade na promoção da saúde. Para tal, será necessário que os gestores promovam o debate sobre as questões da saúde e as diversas dinâmicas dos municípios, seguindo os fluxos particulares de cada Região de Saúde.

Nesse âmbito, as ações de construção e reconstrução dirigidas pelos gestores muito colaborarão para a qualificação da atenção à saúde regional, pois serão desencadeadas a partir dos indicadores sociais, epidemiológicos, com base nas concepções de território, riscos e situações heterogêneas de saúde. Os entes federados, em suas atribuições e competências, coordenarão e supervisionarão todas as iniciativas de promoção, proteção e recuperação da saúde da população. (PACTOS PELA SAÚDE – VOLUME 3, 2006).

Em relação à regionalização da saúde no estado de Minas Gerais, as orientações contidas no SUS, servem como base para as iniciativas no campo da saúde. Entre elas, os processos de descentralização, de negociação e pactuação entre os gestores envolvidos, além da execução das ações e serviços de saúde. Nesse contexto, o PDR conota o desenho das redes de atenção à saúde nas Regiões Ampliadas e Regiões de Saúde, visando garantir o acesso racional dos serviços de forma equânime e integral. (PACTOS PELA SAÚDE – VOLUME 3, 2006).

Os municípios, através dos gestores, são responsáveis pela suficiência na atenção primária e no âmbito da vigilância em saúde; às Regiões de Saúde, através dos municípios-polo, competem à organização da média complexidade, isto é, a atenção secundária; às Regiões Ampliadas de Saúde, nos diversos polos, a organização e execução do nível terciário (alta complexidade). Dentro dessa coerência, o referenciamento dos serviços de média e alta complexidade será executado com maior racionalidade. Em todo percurso, a integração e avaliação do processo devem estar articuladas de forma intersetorial e transparente, acompanhando as ações implementadas e avaliando se essas alcançaram os resultados esperados, e se os CGRs, com suas diversas funções, participam efetivamente do desenvolvimento de todas as etapas.

Ao acrescentar valor a essas informações, Minas Gerais instituiu o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado - PMDI, com o objetivo de direcionar a gestão do Estado no foco da cidadania e da qualidade de vida de forma sustentável. (PMDI/2011-2030, p.8, 2011). O Plano engloba um planejamento para todas as áreas de crescimento e desenvolvimento, entre elas, a saúde e suas redes de atenção, do

qual os objetivos estratégicos são: universalizar o acesso à atenção primária; reduzir as disparidades regionais no atendimento à saúde; consolidar as redes de atenção à saúde em todo o Estado; melhorar os indicadores de morbimortalidade entre a população juvenil e estimular maior cuidado do cidadão com a própria saúde. (PMDI 2011-2030, p. 55).

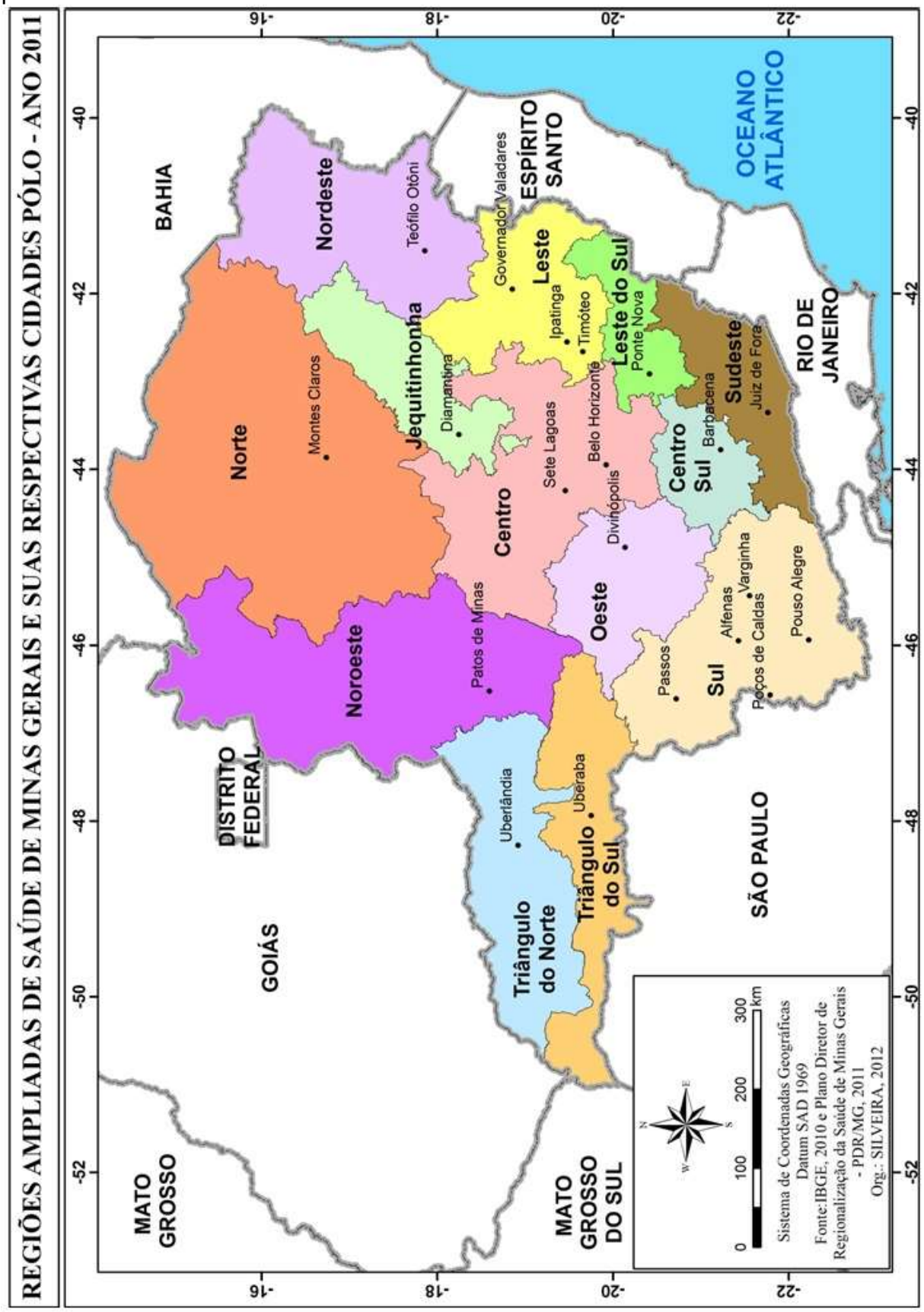
Sendo assim, o Plano Diretor de Regionalização da Saúde dividiu o Estado de Minas em 13 (treze) Regiões Ampliadas de Saúde - RAS e em 77 (setenta e sete) Regiões de Saúde (mapas 05 e 06). Estas foram instituídas como instrumentos de planejamento e organização do SUS sob a coordenação da Secretaria de Estado da Saúde/MG.

Consequentemente, a iniciativa integradora das Regiões Ampliadas de Saúde e Regiões de Saúde passa a ser um instrumento de definição e gestão das políticas estaduais, além de mediar e viabilizar as bases geográficas e populacionais relacionadas às estruturas da saúde (PDR-MG, 2011). O Plano Diretor de Regionalização de Saúde em Minas Gerais (2011) determina que, para cada Região de Saúde, exista um município que desempenhe a função polarizadora na prestação de serviços assistenciais aos demais. Normalmente, possuem condições de fácil acesso e requisitos estruturais de gestão nas ações de níveis secundários em relação aos outros municípios da Região de Saúde.

No mapa 05, no que concerne a RAS Norte, Montes Claros está evidenciada como a cidade polo, que oferece serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de médios e altos níveis de complexidades, além de centralizar as Regiões de Saúde (RS) da RAS.

Em 2006, foram concedidas polaridades complementares ao município de Sete Lagoas da Região Ampliada de Saúde Centro e Timóteo como um dos polos da RAS-Leste (mapa 06).

Mapa 05: Regiões Ampliadas de Saúde de Minas Gerais e suas respectivas cidades polo – ano 2011



Fato que aconteceu em conformidade com a implantação dos projetos de desenvolvimento socioeconômico e ajustes de tipologias estabelecidas com as novas tecnologias que permitiram avanço na universalização do Sistema, em que o Estado regula e controla os avanços dentro do princípio da equidade. (PDR- MG, 2006).

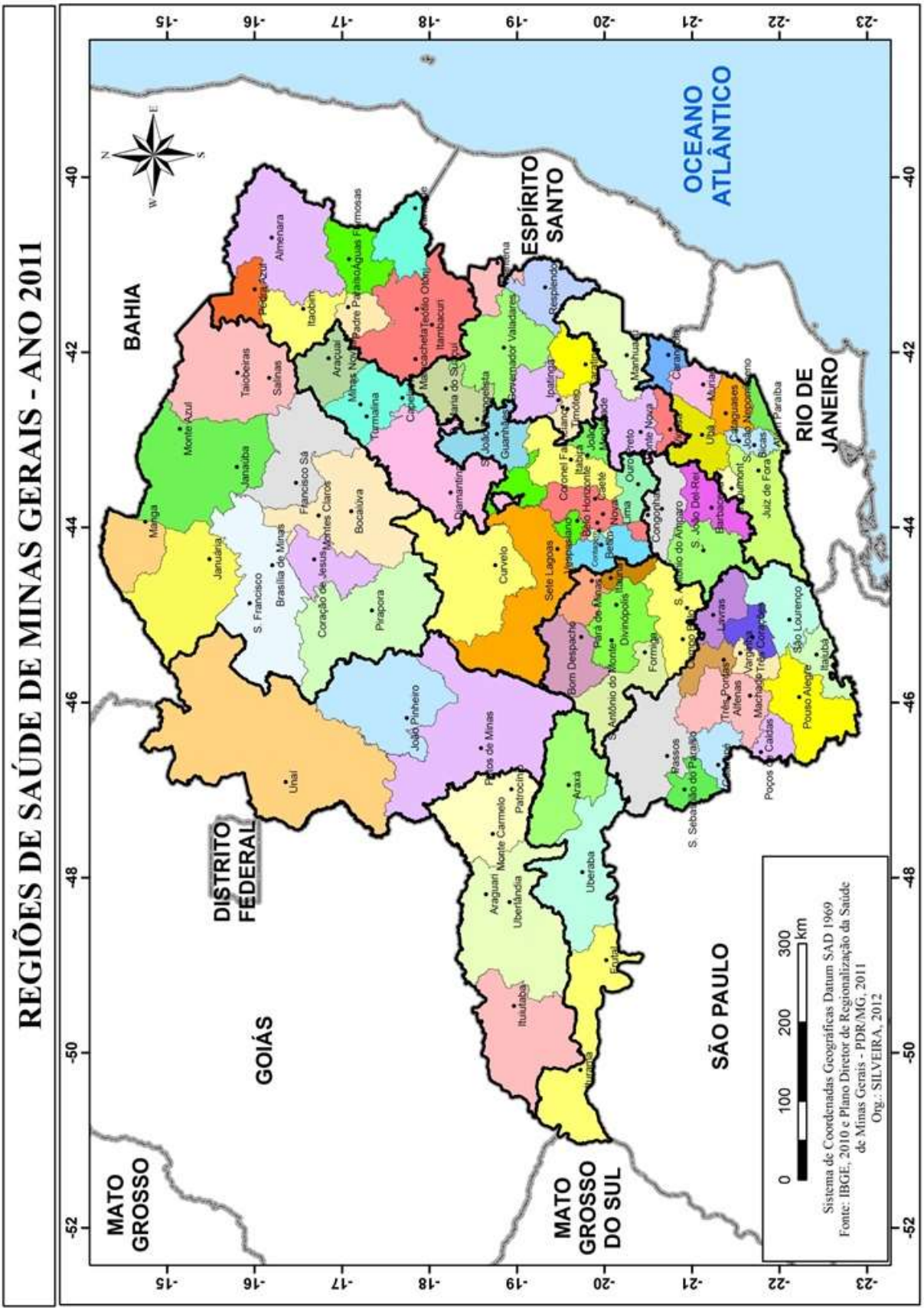
Os mapas 06 e 07 são similares, o primeiro demonstra a divisão do Estado de Minas Gerais em treze RAS, sabendo que, em cada uma delas, estão distribuídas as Regiões de Saúde; e o segundo destaca a Região Ampliada de Saúde Norte com as 09 Regiões de Saúde.

Reforçando as informações anteriores, pode ser verificado que entre as RASs do estado, a Norte é a maior, com municípios extensos e grande parte deles está incluída na Nova Delimitação do Semiárido Brasileiro (MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL, 2005, p.17-18), com Índices de Desenvolvimento Humano abaixo da média nacional. (PNUD- BRASIL, 2013).

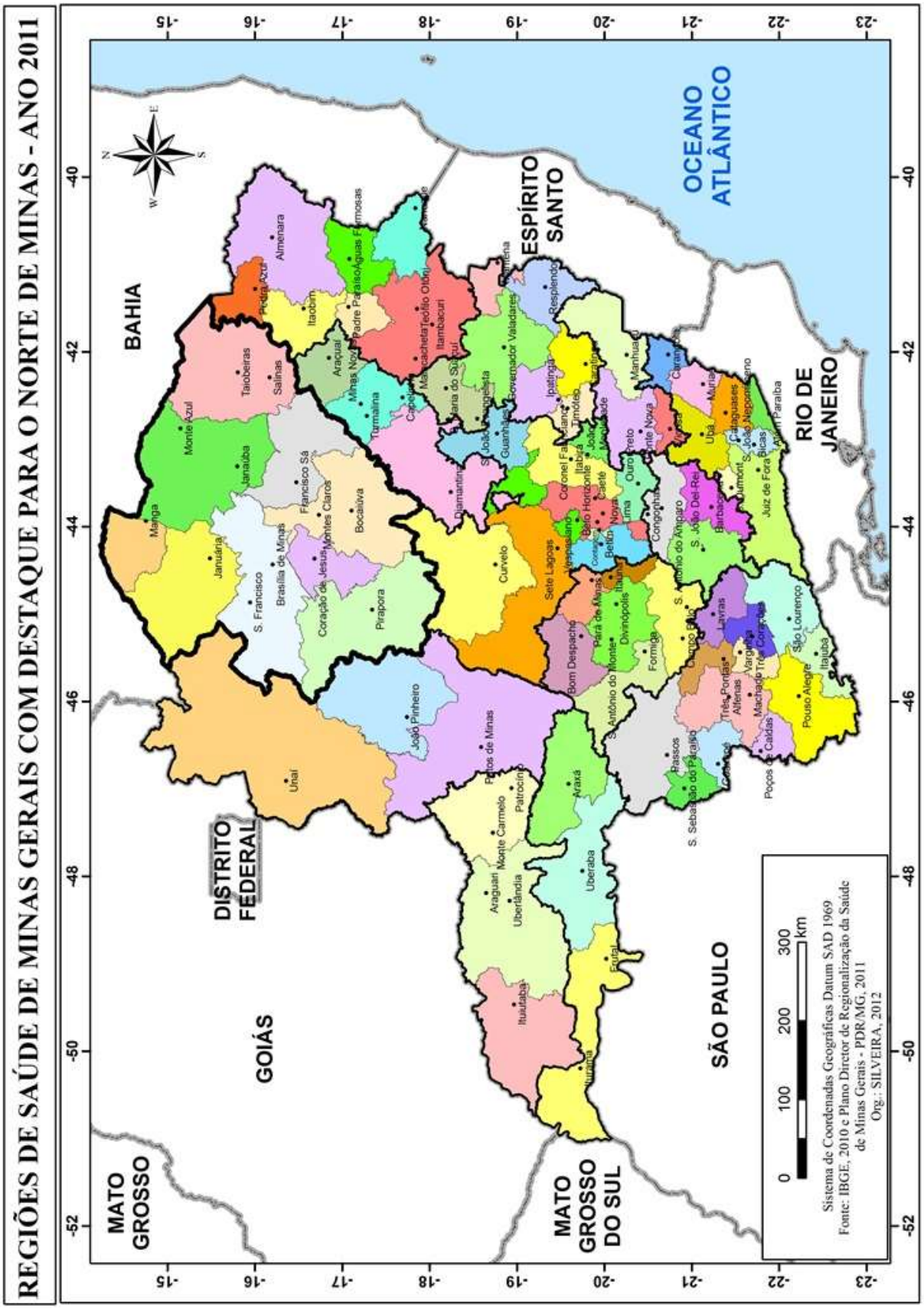
No processo de gestão, a SES/MG estabeleceu conexões com outros instrumentos de planejamento como o Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS) através do Plano Estruturador Saúde em Casa das Regiões de Saúde mineiras, que objetiva implantar a descentralização das Redes de Atenção à Saúde. É um projeto amplo e extrapola os limites do PDR, quando necessário. Nele, a organização das redes inter-relacionam-se aos programas considerados prioritários no desenvolvimento dos sistemas de cogestão das Comissões Intergestores Bipartites das Regiões de Saúde e Regiões Ampliadas de Saúde. Esse procedimento agrega a alocação de tecnologias com economia de escala e escopo, conforme as necessidades da população no uso eficiente dos recursos.

Como resultado foi organizado o Projeto Estruturador de Regionalização em Minas Gerais, que orientou questões prioritárias da saúde, referentes aos limites das bases territoriais em uma nova concepção de gestão nas Regiões de Saúde. Esse Projeto oportunizou soluções de eventos crônicos, organizando-os de forma mais humanizada (PDR-MG 2011).

Mapa 06: Regiões de Saúde de Minas Gerais – ano 2011



Mapa 07: Regiões de Saúde de Minas Gerais com destaque para o Norte de Minas – ano 2011

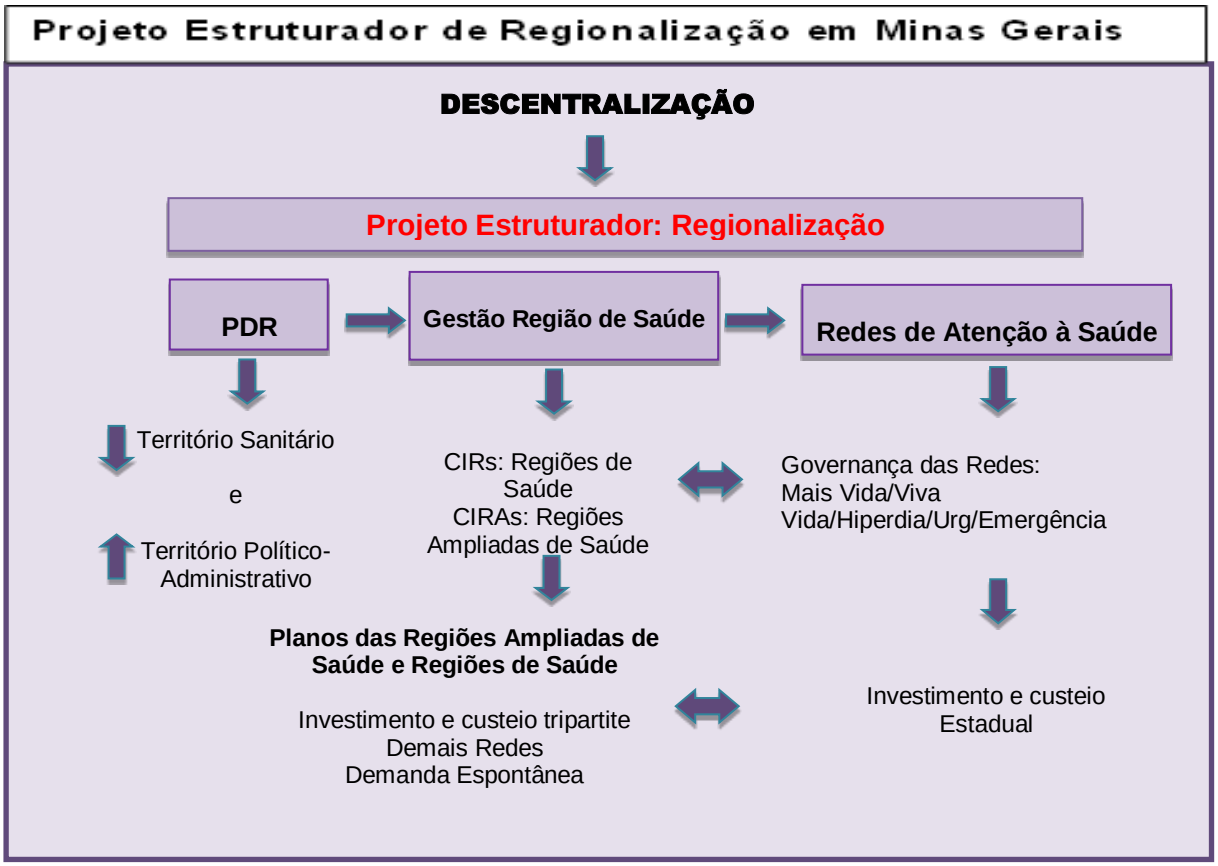


As equipes da ESF coordenam localmente essas ações, buscando uma prestação de serviços com qualidade. O fluxograma 01 denota sobre os arranjos e hierarquias do Projeto Estruturador de Regionalização. (PDR- MG, 2002, p. 42).

O Projeto Estruturador é aplicado nas Regiões Ampliadas de Saúde e Regiões de Saúde do Estado. Contextualizando sobre o assunto, Silva e Ramires (2010) apontam que as 13 (treze) Regiões Ampliadas de Saúde foram ordenadas como as maiores em relação à saúde, e são elas que disponibilizam os serviços de máxima complexidade tecnológica. Cada uma possui, no território, aproximadamente um milhão de habitantes, onde estão inseridas as Regiões de Saúde e sua gestão.

Nas RAS estão as cidades-polo que oferecem infraestrutura e acesso aos serviços, o que facilita o atendimento necessário à saúde das populações vizinhas e de seus "munícipes", segundo o PDR-MG (2002).

Fluxograma 01: Descentralização dos Serviços Regionais de Gestão das Redes da Atenção à Saúde em Minas Gerais em 2002



Fonte: Plano Diretor de Regionalização – PDR/MG, 2002. **Org.:** SILVEIRA, 2012.

3.2 Antecedentes do Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais na região norte-mineira

Após a década de 1980, a região do Norte de Minas foi alvo do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde – PPREPS, pois atendia especialmente às regiões do nordeste brasileiro e, devido às similaridades regionais, estendeu-se ao município de Montes Claros e aos demais da região norte-mineira. (CASTRO, 2002).

No contexto, Pessôa (2005, p. 77), ao descrever sobre as previsões para a Rede SUS no século XXI e tomando como base os relatórios da AMS/IBGE/DATASUS 2002, reforça que:

> O Brasil já conta com 5.881 unidades hospitalares, 36.512 unidades básicas e 5.218 unidades do Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia/SADT, perfazendo 47.611 estabelecimentos de saúde. Destes, 4.351 estão localizados na região Norte (9,1%); 15.332 na região Nordeste (32,1%); 15.458 na região Sudeste (31,2%); 8.693 na região Sul (18,8%) e 3.517 na região Centro-oeste (7,4%).

A região sudeste brasileira, como as demais regiões, por intermédio do SUS, recebeu investimentos para o Projeto ReforSUS (1995), com o objetivo de reorganizar os serviços do Sistema, formando e capacitando os recursos humanos para as novas tecnologias, maquinários e equipamentos biomédicos mais sofisticados através das Redes Hospitalares do SUS, que inicialmente atendeu a 17 municípios. Esses municípios passaram a ser referência no processo de Atendimento Ambulatorial Especializado, Diagnóstico e Terapia de Média e Alta Complexidade e do Modelo Processual na Hospitalização.

Quanto à destinação dos recursos do ReforSUS, na Região Ampliada de Saúde Norte de Minas Gerais, 13 hospitais de pequeno porte (menor ou igual a 50 leitos) foram beneficiados com 42% dos investimentos financeiros alocados para região. Dos 23 subprojetos destinados ao norte de Minas, 13 foram para substituição ou aquisição de equipamentos e 10 para a conclusão ou ampliação de obras

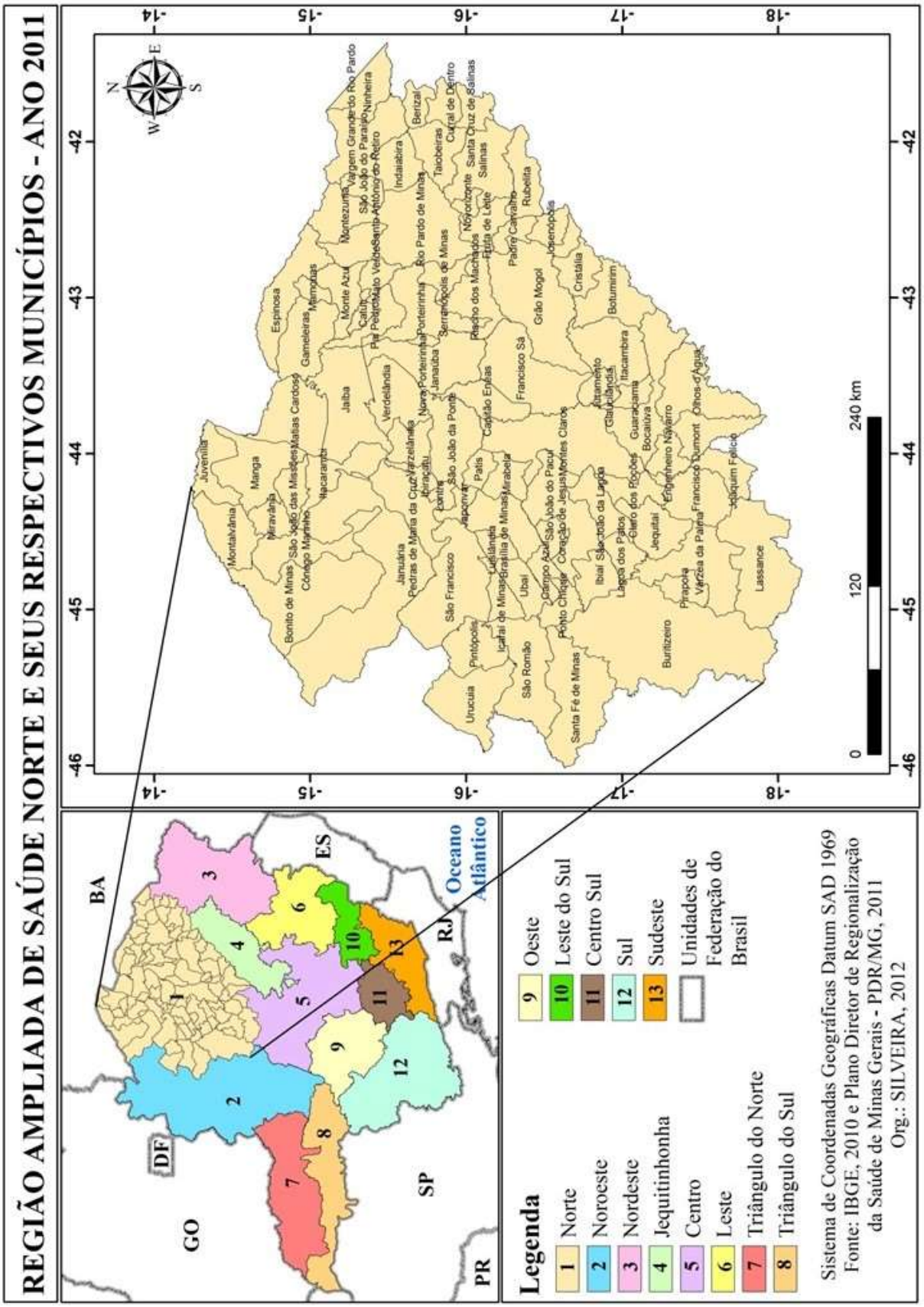
estruturais, além de investimentos em equipamentos. (PESSÔA, 2005). O ReforSUS então ajustou novos caminhos e visões para o aprimoramento e desenvolvimento da saúde na região, na qual Montes Claros, como cidade polo, foi também beneficiada por parte de suas propostas.

Com relação ao mapa 08 e de acordo com os dados fornecidos pela SMS/PMMC (2011), a Região Assistencial de Montes Claros possui 87 municípios, nos quais residem 1.577.491 de habitantes, em um raio de 122.176 km² com densidade demográfica de 12,6 hab/km². Nesta região estão localizadas as nove Regiões de Saúde, correspondentes a 10% da área dos municípios do estado de Minas Gerais (SAMU-RELATÓRIO ESTATÍSTICO, 2013, p.2).

A RAS Norte possui características socioeconômicas bastante peculiares, pois 54 dos municípios que dela fazem parte foram inseridos na área mineira do Polígono das Secas (ADENOR, 2011). Esta Região Ampliada tem o IDH médio de 0,694, o que tem mascarado a desigualdade na distribuição do desenvolvimento humano regional, pois os municípios que estão localizados no extremo norte, nordeste e noroeste possuem IDHs entre 0,568 e 0,637. (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2010). Existindo então uma discrepância em relação aos municípios de maiores índices que são Montes Claros, Bocaiuva, Salinas, Pirapora e Várzea da Palma.

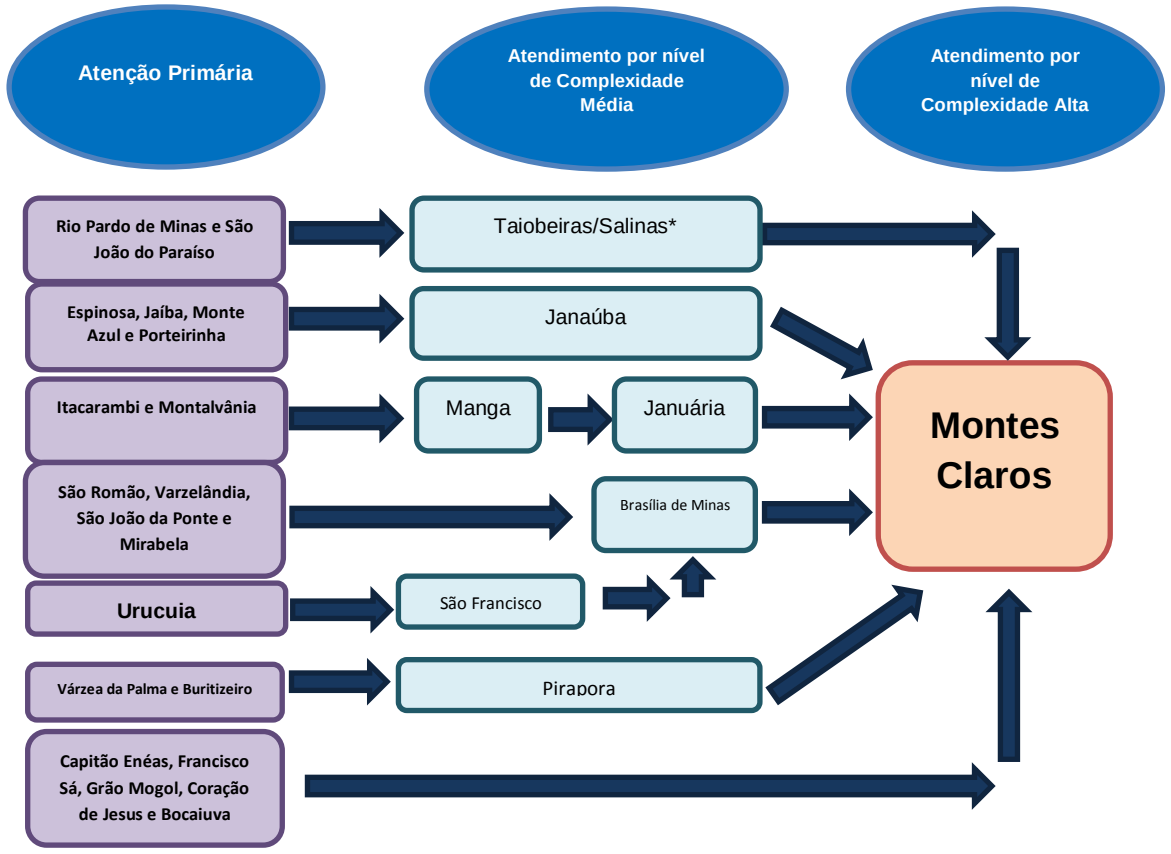
Registra-se, ainda, que a média de alfabetizados, segundo IBGE (2010), está entre 60 a 80% da população, porém no que diz respeito aos salários o percentual varia entre 20 a 50% da renda mensal *per cápita de* até ¼ de salário mínimo, com exceção dos municípios de maiores índices. Todos esses fatores interferem nas questões de saúde, além das ingerências nas políticas públicas aplicadas através das ações do SUS desenvolvidas na RAS Norte. Portanto, faz-se necessário, diante da situação socioeconômica vivenciada regionalmente, rever a verdadeira situação em que se encontra a saúde regional, especialmente na disponibilidade das ações e serviços para os usuários do SUS.

Mapa 08 Região Ampliada de Saúde Norte e seus respectivos municípios – ano 2011



De acordo com Pereira (2012, p. 42-43), os investimentos hospitalares regionais estão reunidos na maioria em Montes Claros, devido à capacidade de atendimentos nos níveis de alta e média complexidade, ao número de leitos disponibilizados pelo SUS, à concentração necessária dos recursos financeiros dotados para o funcionamento do Pronto-Atendimento e à viabilização dos leitos médicos em larga escala. Essa cidade-polo em saúde atende praticamente toda a demanda regional através dos fluxos intermunicipais dos pacientes de acordo com os níveis de atenção à saúde.

Fluxograma 02: Fluxo de atendimentos nos Hospitais Referência - SUS: Cidades Norte-Mineiras – 2010



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - SMS de Montes Claros/Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado – SIHD; PEREIRA, 2012. **Org**: SILVEIRA, 2012.

O fluxograma 02 revela a recepção dos pacientes dos municípios sob a jurisdição das Gerências Regionais Januária e Pirapora, bem como daqueles de

responsabilidade da Superintendência Regional de Montes Claros, originados da Atenção Primária, que são os pacientes encaminhados através do fluxo regional para os postos de atendimentos de Média Complexidade ou para os hospitais de referência de maior proximidade na rede dos municípios regionais.

É observado no fluxograma que todas as ações culminam na cidade-polo da Região Ampliada de Saúde Norte, ou seja, em Montes Claros. Pereira (2012, p. 44-45) confirma essa prática esclarecendo que, no norte de Minas, se esses atendimentos demandarem uma infraestrutura mais qualificada, os usuários são encaminhados para a rede hospitalar dos municípios que prestam essa assistência.

Ainda no quadro 04 é verificado que as Unidades Hospitalares totalizam 05 em Montes Claros; em Capitão Enéas, Janaúba, Pirapora, Porteirinha e Várzea da Palma há 02 hospitais de referência por município e nos demais 01.

Quadro 04: Municípios do Norte de Minas que apresentam hospitais referenciais, e suas respectivas unidades hospitalares em 2010

MUNICÍPIO	UNIDADES HOSPITALARES
Bocaiuva	Hospital Municipal de Bocaiúva
Brasília de Minas	Hospital Municipal Senhora de Santana
Buritizeiro	Hospital Municipal Rodolfo Malard
Capitão Enéas	Santa Casa e Hospital Nossa Senhora da Guia
Coração de Jesus	Hospital Municipal São Vicente de Paulo
Espinosa	Fundação Hospitalar do Município de Espinosa
Francisco Sá	Hospital Municipal de Francisco Sá
Grão Mogol	Hospital Afrânio Augusto Figueiredo
Itacarambi	Hospital Gerson Dias
Jaíba	Hospital Municipal de Jaíba
Janaúba	FUNDAJAN e Hospital Regional de Janaúba
Januária	Hospital Municipal de Januária
Manga	Hospital FUNRURAL
Mirabela	Hospital Municipal São Sebastião
Montalvânia	Hospital Cristo Rei

	Continuação
Monte Azul	Hospital e Maternidade Nossa Senhora das Graças
Montes Claros	Hospital Dílson Godinho, Hospital Santa Casa de Montes Claros, Hospital Universitário Clemente Faria, Hospital Aroldo Tourinho e Prontocor.
Pirapora	Hospital Municipal Dr. Moisés de Magalhães e Hospital e Pronto Socorro São Sebastião
Porteirinha	Santa Casa e Hospital São Vicente
Rio Pardo de Minas	Hospital Tácito de Freitas Costas
Salinas	Hospital Mun. Dr. Oswaldo Prediliano Santana
São Francisco	Unidade Mista Mun. Dr. Brício de Castro Dourado
São João da Ponte	Hospital São Geraldo
São João do Paraíso	Hospital São João do Paraíso
São Romão	Fundação Assistencial Manoel Simões Caxito
Taiobeiras	Hospital Santo Antônio
Várzea da Palma	Pronto Socorro de Várzea da Palma e Hospital Adolf Ensch
Varzelândia	Hospital Nossa Senhora Aparecida

Fonte: PEREIRA, 2012.

O mapa 09 está interligado aos conteúdos do fluxograma 02 e ao quadro 04, sendo possível visualizar a dinâmica do fluxo de atendimentos, nos três níveis de complexidades por cidades do Norte de Minas, as quais possuem Hospitais de Referência/SUS, todas inseridas na Região Ampliada de Saúde Norte. No mapa, fica evidente que as sedes dos municípios de Brasília de Minas, Janaúba, Januária, Manga, Pirapora, Salinas, São Francisco e Taiobeiras acolhem os atendimentos do nível primário para a média complexidade e, quanto aos que têm necessidades da alta complexidade, são encaminhados a Montes Claros, polo da RAS - Norte.

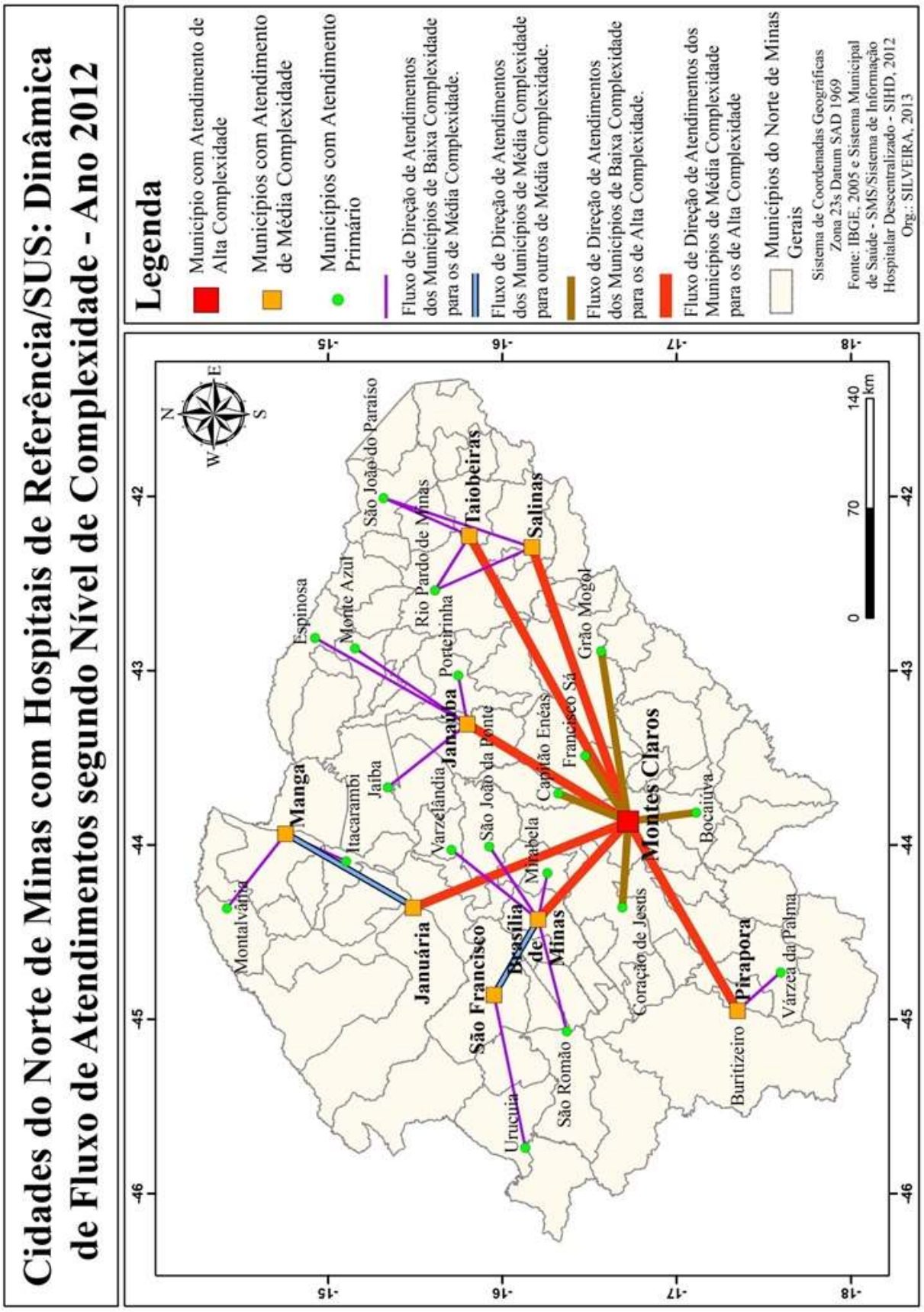
Como observado no Mapa 09, toda a dinâmica dos fluxos de atendimento se direcionam para Montes Claros, cidade que concentra as diligências dos fluxos da RAS - Norte. Diante do exposto, está evidenciada a necessidade urgente de

descentralização desses atendimentos, através de nova reestruturação, que proporcione avanços organizacionais nas sedes dos municípios que compõem a RAS - Norte, resultando assim, em uma melhor distribuição das ações e serviços, especialmente na Atenção Primária e Média Complexidade.

A RAS - Norte, inicialmente esteve sob a gestão da Gerência Regional de Montes Claros, *a posteriori* com a homologação das Resoluções SES nº 0811, de 30 de dezembro de 2005 e nº 1072, de 19 de dezembro de 2006, foi dividida em 03 Unidades Regionais, sendo duas Gerências Regionais, as de Januária e Pirapora e uma Superintendência Regional de Montes Claros. Segundo a Resolução SES nº3070, de 30 de Dezembro de 2011, a nomenclatura “Gerência”, nas cidades-polo das Regiões Ampliadas de Saúde mineiras, foi substituída por “Superintendência”, devido à capacidade de atendimentos, ao número de leitos, à aglomeração dos fluxos, entre outros, que abriga uma gama maior dos serviços disponibilizados na rede para os usuários.

Sob a gestão da GRS Januária, encontram-se os municípios de Bonito de Minas, Brasília de Minas, Campo Azul, Cônego Marinho, Ibiracatu, Icaraí de Minas, Itacarambi, Januária, Japonvar, Juvenília, Lontra, Luislândia, Manga, Mirabela, Miravânia, Montalvânia, Patis, Pedras de Maria da Cruz, Pintópolis, São Francisco, São João da Ponte, São João das Missões, São Romão, Ubaí, Urucuia, Varzelândia, com um total de 411.357 habitantes. Na GRS Pirapora, estão os municípios de Buritizeiro, Ibiaí, Lassance, Pirapora, Ponto Chique, Santa Fé de Minas e Várzea da Palma com 139.185 habitantes.

Mapa 09: Cidades do Norte de Minas com Hospitais de Referência/SUS: Dinâmica de Fluxo de Atendimentos segundo Nível de Complexidade – ano 2012

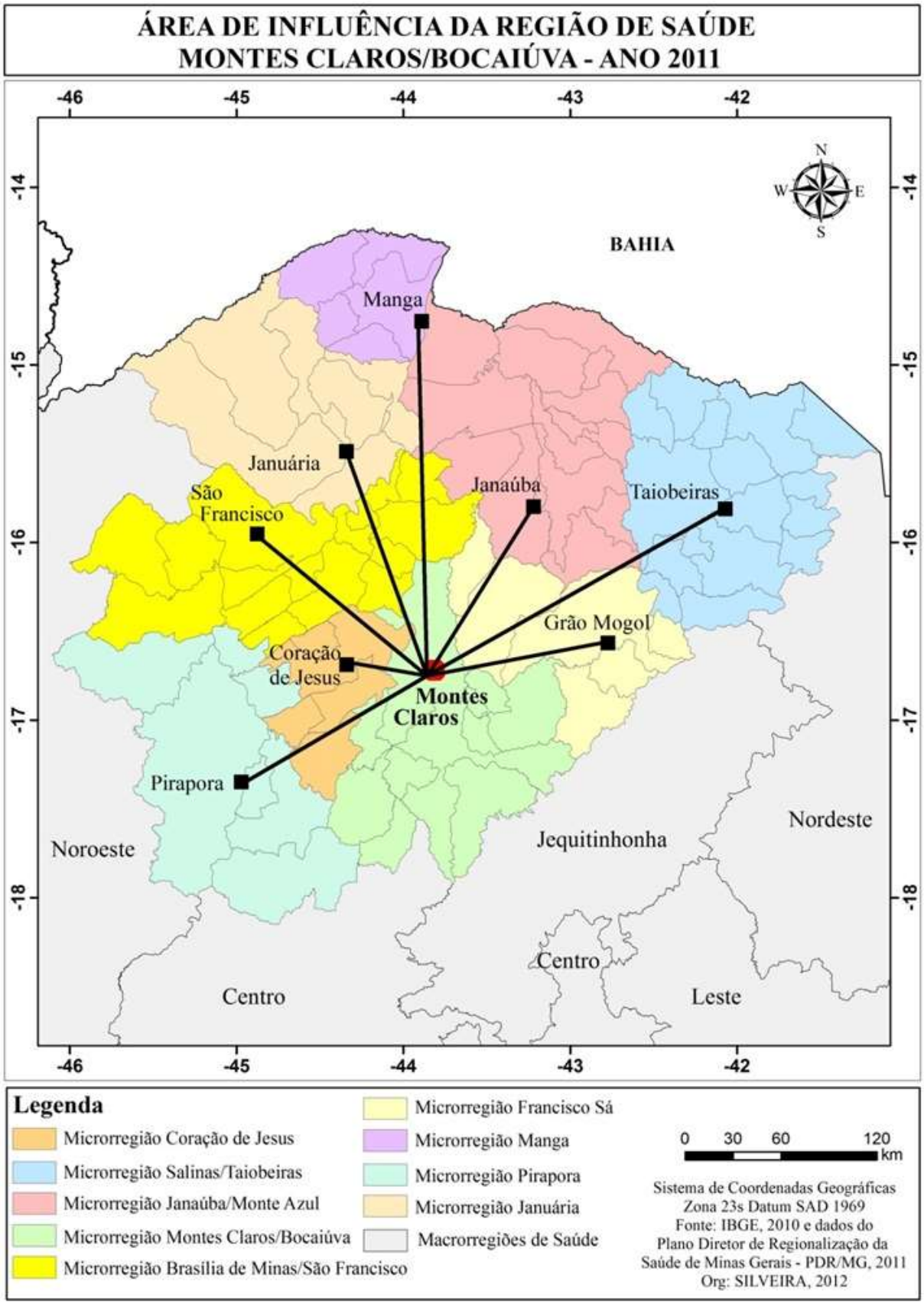


Sob a gestão da SRS Montes Claros, estão os municípios Berizal, Bocaiúva, Botumirim, Capitão Enéas, Catuti, Claro dos Poções, Coração de Jesus, Cristália, Curral de Dentro, Engenheiro Navarro, Espinosa, Francisco Dumont, Francisco Sá, Fruta de Leite, Gameleiras, Glaucilândia, Grão Mogol, Guaraciama, Indaiabira, Itacambira, Jaíba, Janaúba, Jequitaí, Joaquim Felício, Josenópolis, Juramento, Lagoa dos Patos, Mamonas, Matias Cardoso, Mato Verde, Monte Azul, Montes Claros, Montezuma, Ninheira, Nova Porteirinha, Novorizonte, Olhos-d'Água, Padre Carvalho, Pai Pedro, Porteirinha, Riacho dos Machados, Rio Pardo de Minas, Rubelita, Salinas, Santa Cruz de Salinas, Santo Antônio do Retiro, São João da Lagoa, São João do Pacuí, São João do Paraíso, Serranópolis de Minas, Taiobeiras, Vargem Grande do Rio Pardo, Verdelândia.

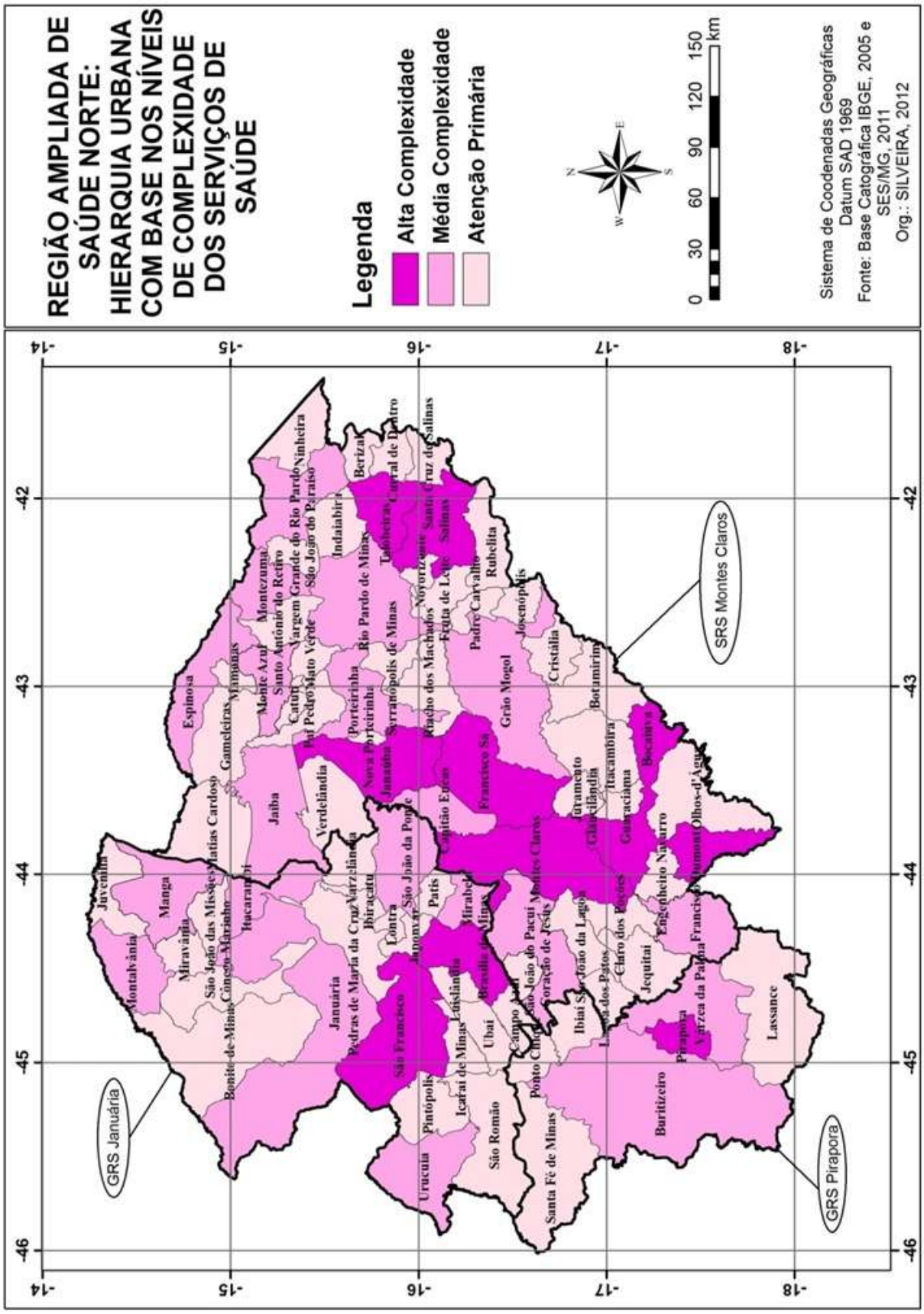
De acordo com o mapa 10, é possível visualizar a influência da Região de Saúde Montes Claros/Bocaiuva nas Microrregiões de Saúde de Coração de Jesus, Salinas/Taiobeiras, Janaúba/Monte-Azul, Brasília de Minas/São Francisco, Francisco Sá, Manga, Pirapora e Januária, região que controla os fluxos da Rede de Saúde, especialmente de Média e Alta complexidade.

Ao se analisar o mapa 11, fica evidente a gestão dos serviços direcionados para os níveis de Altas e Médias Complexidades por municípios e os da Atenção Primária, todos sob a coordenação das Secretarias Municipais de Saúde e Gerências Regionais de Januária, Pirapora e Superintendência Regional de Montes Claros.

Mapa 10: Área de influência da Região de Saúde Montes Claros/Bocaiuva – ano 2011



Mapa 11: Região Ampliada de Saúde Norte: Hierarquia Urbana com Base nos níveis de complexidade dos Serviços de Saúde



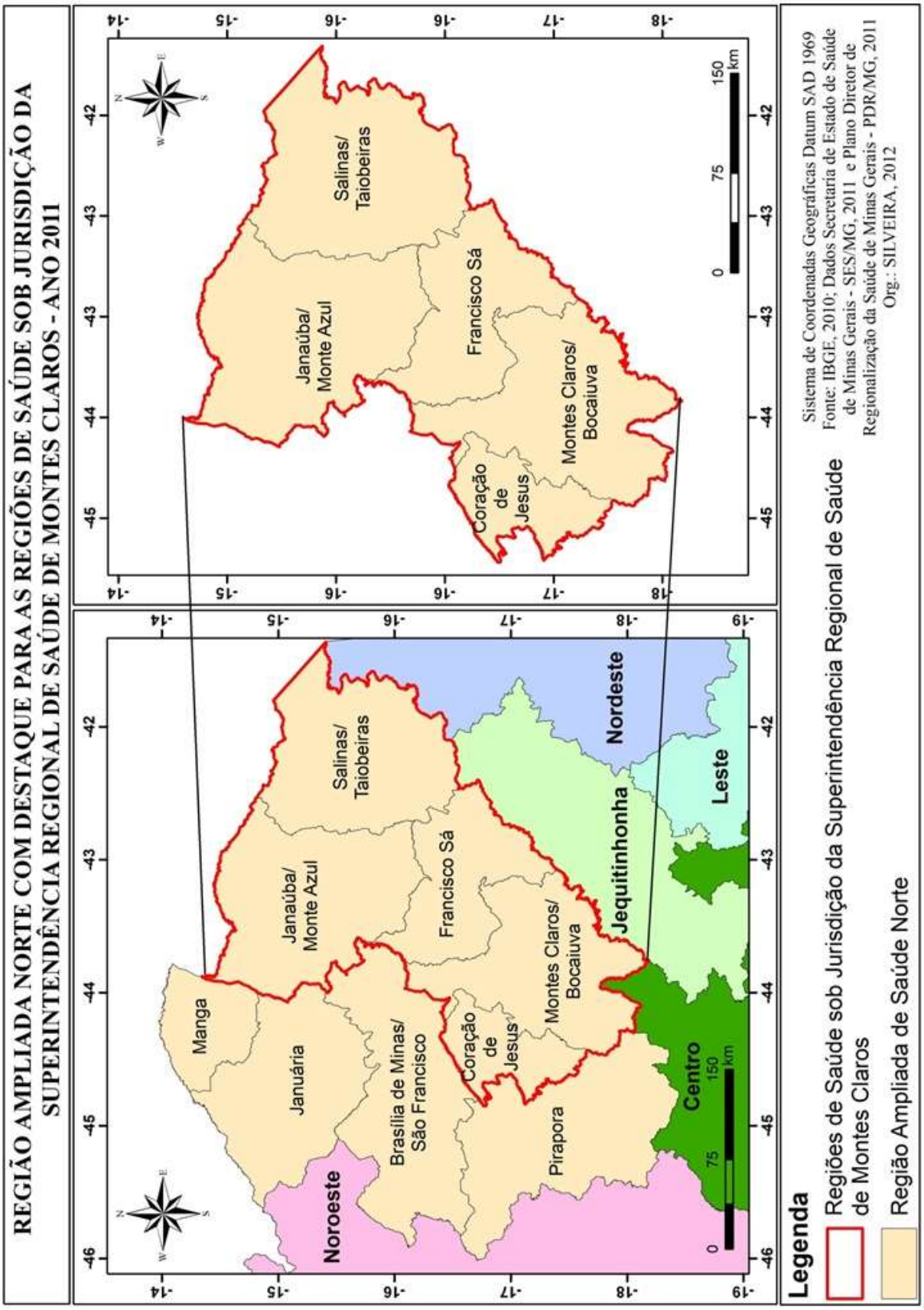
É observado ainda que, na dimensão territorial do espaço regional, os serviços de Alta e Média Complexidade são expressivos, mas não suficientes para a demanda regional. Os de Atenção Primária, como os demais, estão distribuídos em toda a região, no entanto, estão mais concentrados a Sudoeste e a Noroeste da mesma. Além disso, pode ser verificado que o município de Januária, apesar de possuir no seu contexto, a Gerência Regional de Saúde, disponibiliza somente os serviços até a Média complexidade.

No mapa 12, que diz respeito à Região Ampliada Norte com destaque para as Regiões de Saúde sob a jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros, pode ser verificado que essa SRS presta assistência a uma ampla extensão territorial e populacional, por consequência oferece maior concentração de oferta e de infraestrutura para serviços assistenciais em saúde.

Essa região independe das outras unidades regionais de saúde, uma vez que equaciona a gestão para viabilizar os atendimentos e serviços, além de abrigar a cidade polo da RAS. As Regiões de Saúde sob jurisdição da SRS Montes Claros são: Coração de Jesus, Francisco Sá, Janaúba/Monte Azul, Montes Claros/Bocaiuva, e Salinas/Taiobeiras, levando estas os nomes dos municípios polos das regiões. (mapa 10).

Por consequência da localização geográfica, a cidade de Montes Claros é também polo da Região de Saúde Montes Claros/Bocaiuva pelo nível de resolutividade e no que concerne à oferta de serviços e acesso. O mapa 13, a seguir, apresenta os demais municípios que fazem parte dessa Região de Saúde: Claro dos Poções, Engenheiro Navarro, Francisco Dumont, Glaucilândia, Guaraciama, Itacambira, Joaquim Felício, Juramento e Olhos d’Água.

Mapa 12: Região Ampliada Norte com destaque para as Regiões de Saúde sob a jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros – ano 2011



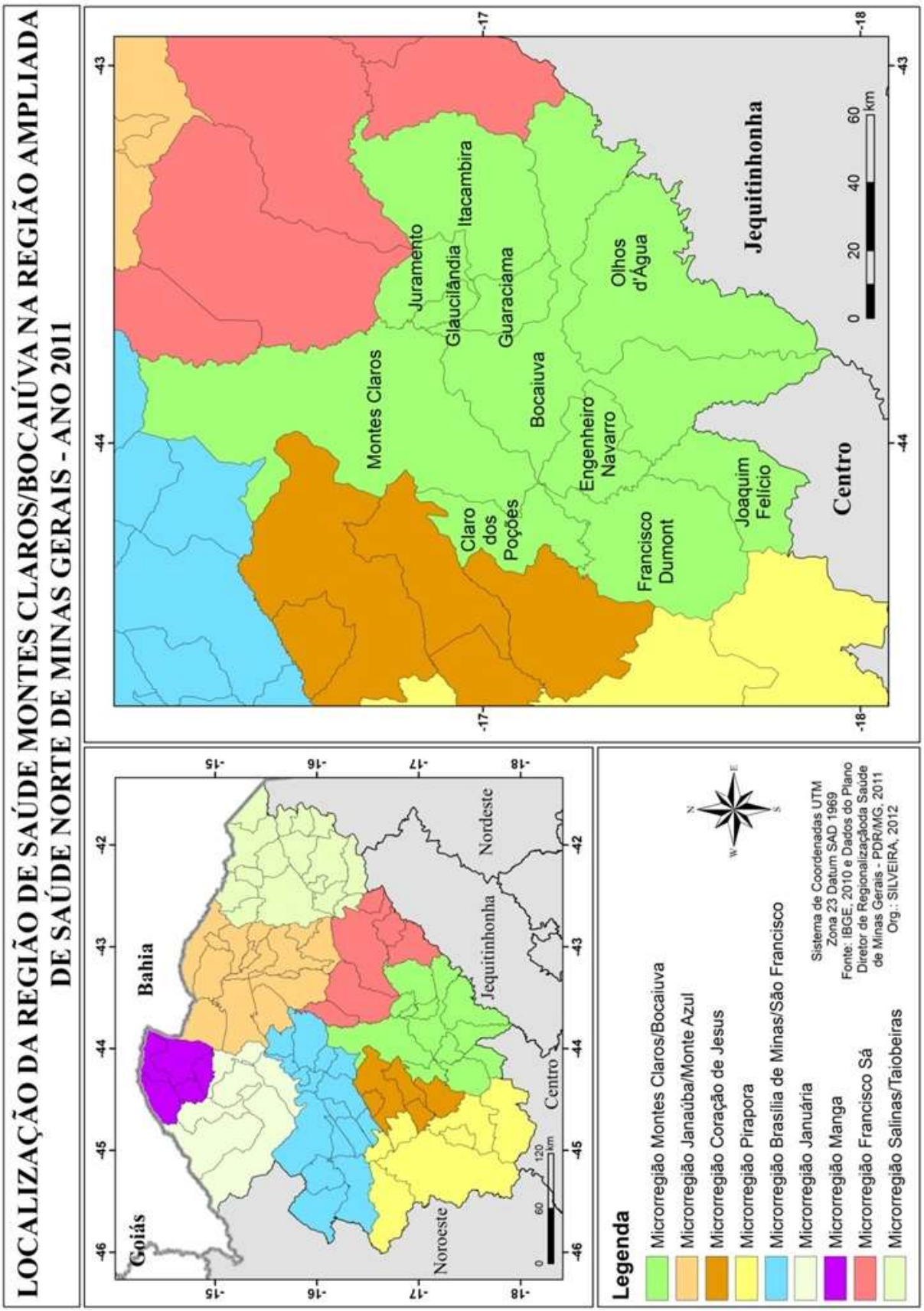
É preciso ressaltar que esses municípios prestam atendimentos somente na Atenção Primária, pois não possuem nenhum hospital de referência. Desse modo, a partir da média complexidade, dependem de Bocaiuva e de Montes Claros. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – PMMC, 2011, p.10). Diante dos dados expostos no quadro 05, é possível verificar que a população atendida totaliza 457.682 habitantes, sendo 410.688 (89,7%) residentes na área urbana e 46.994 (10,3%), na rural. Os municípios que possuem maior parte da população no campo são Itacambira com 79,8% e Glaucilândia perfazendo 64,6%. Olhos d'Água é o único que tem a população urbana (54,4%) e rural (45,6%) quase equiparada. É necessário então que a SRS Montes Claros adéque todo o Sistema de Saúde para a realidade da região, o que não é diferente das demais Regiões de Saúde do norte de Minas, porque os municípios enfrentam defasagens não só na saúde, mas também nas outras áreas sociais e econômicas. Dessa maneira, todo fluxo da saúde é realizado em Bocaiuva e Montes Claros.

Quadro 05: População da Região de Saúde Montes Claros/Bocaiuva

Região de Saúde Montes Claros/Bocaiuva			
Municípios	**População Urbana**	**População Rural**	**População Total**
Bocaiuva	36.600	10.054	46.654
Claro dos Poções	5.251	2.524	7.775
Engenheiro Navarro	4.750	2.372	7.122
Francisco Dumont	3.197	1.666	4.863
Glaucilândia	1.048	1.914	2.962
Guaraciama	3.025	1.693	4.718
Itacambira	3.982	1.006	4.988
Joaquim Felício	2.526	1.779	4.305
Juramento	2.272	1.841	4.113
Montes Claros	344.427	17.488	361.915
Olhos d'Água	2.866	2.481	5.267
Total Geral	410.688	46.994	457.682

Fonte: IBGE, 2010 Org.: SILVEIRA, 2013

Mapa 13: Localização da Região de Saúde Montes Claros/Bocaiuva na Região Ampliada de Saúde Norte de Minas Gerais – ano 2011



Direcionada pela Portaria nº 750, de 10 de outubro de 2006, estabelecida pelo então Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a Região Ampliada de Saúde Norte, através das ESFs, implantou as modalidades ESFSB MI e ESFSB MII. A primeira possui uma equipe de saúde bucal composta por um Cirurgião Dentista e um Auxiliar de Consultório Dentário, a segunda também está estruturada com um Cirurgião Dentista, um Auxiliar de Consultório Médico, além de um Técnico de Higiene Dental. Nesse aspecto, de acordo com a portaria, as ESFs de Saúde Bucal têm essa obrigatoriedade de ter no seu quadro os mesmos funcionários de uma ESF, acrescentados dos de Saúde Bucal. Nos municípios da Região Ampliada de Saúde Norte, perfazem 200 na modalidade I e 58 na modalidade II.

Os dados do quadro 06 *a posteriori* endossam os conteúdos dos mapas 09 e 10 e comprovam o número de UBSs sob a jurisdição da Superintendência Regional de Montes Claros e suas modalidades. A partir desses dados, é observado que as peculiaridades tradicionais correspondem aos Postos de Saúde e outros atendimentos básicos e possuem, no Norte de Minas, aproximadamente 3,2 vezes a mais Unidades do que as ESFs. Na região, existem 09 UBS que contêm apenas EACS, 01 no Município de Francisco Sá e 08 em Montes Claros, o que evidencia o avanço das modalidades mais completas. É possível ainda destacar, no referido quadro, a existência de 01 UBS, no município de Mamonas, a qual, por questões técnicas, a SRS-MC não definiu ainda a sua modalidade.

Na organização dos serviços de saúde, o SUS estabeleceu responsabilidades nas esferas gestoras da Atenção Básica, são elas de alta qualidade e resolutividade, valorizando a promoção e proteção da saúde em um sistema hierarquizado. Humanizar as práticas de saúde através do vínculo entre os profissionais e população é uma de suas tônicas, assim como colaborar para a democratização e organização efetiva do controle social em cada instância.

Quadro 06: Jurisdição da Superintendência Regional de Saúde Montes Claros - Levantamento das UBS em suas Modalidades - 2012

MUNICÍPIOS	MODALIDADES					
	ESF S	TRADICIONAL	EACS	ESFS SB MI	ESF SB MII	NÃO DEFINIDA
BERIZAL	-	-	-	01	01	-
BOCAIÚVA	01	06	-	09	03	-
BOTUMIRIM	01	04	-	01	-	-
CAPITÃO ENEAS	01	07	-	01	03	-
CATUTÍ	-	03	-	02	-	-
CLARO DOS POÇÕES	-	04	-	02	01	-
CORAÇÃO DE JESUS	03	02	-	04	02	-
CRISTÁLIA	-	02	-	02	-	-
CURRAL DE DENTRO	-	-	-	02	01	-
ENGENHEIRO NAVARRO	-	02	-	03	-	-
ESPINOSA	06	04	-	05	-	-
FRANCISCO DUMONT	01	02	-	01	-	-
FRANCISCO SÁ	01	04	01	07	01	-
FRUTA DE LEITE	01	-	-	02	-	-
GAMELEIRAS	-	05	-	02	-	-
GLAUCILÂNDIA	-	05	-	-	01	-
GRÃO MOGOL	-	02	-	06	-	-
GUARACIAMA	-	-	-	02	-	-
INDAIABIRA	-	04	-	-	03	-
ITACAMBIRA	01	02	-	01	-	-
JAIBA	05	-	-	08	-	-
JANAÚBA	-	-	-	20	-	-
JEQUITAÍ	-	04	-	-	03	-
JOAQUIM FELÍCIO	-	-	-	02	-	-
JOSENÓPOLIS	01	-	-	01	-	-
JURAMENTO	-	02	-	02	-	-
LAGOA DOS PATOS	01	01	-	01	-	-
MAMONAS	-	03	-	02	01	01
MATIAS CARDOSO	01	02	-	02	02	-
MATO VERDE	-	03	-	04	01	-
MONTE AZUL	-	08	-	07	01	-
MONTES CLAROS	22	10	08	37	08	-
MONTEZUMA	01	03	-	-	02	-
NINHEIRA	-	02	-	01	03	-
NOVA PORTEIRINHA	-	02	-	-	03	-
NOVORIZONTE	-	01	-	02	-	-
OLHOS D`ÁGUA	01	04	-	-	01	-
PADRE CARVALHO	-	01	-	02	-	-
PAI PEDRO	-	-	-	-	02	-
PORTEIRINHA	-	01	-	09	04	-
RIACHO DOS MACHADOS	02	03	-	02	-	-
RIO PARDO DE MINAS	-	03	-	06	04	-
RUBELITA	01	03	-	03	-	-
SALINAS	06	-	-	06	-	-
SANTA CRUZ DE SALINAS	-	-	-	02	-	-
SANTO ANTÔNIO DO RETIRO	-	-	-	-	03	-
SÃO JOÃO DA LAGOA	-	01	-	-	02	-
SÃO JOÃO DO PACUÍ	-	01	-	02	-	-
SÃO JOÃO DO PARAISO	-	01	-	09	-	-
SERRANÓPOLIS DE MINAS	-	02	-	02	-	-
TAIOBEIRAS	01	02	-	11	-	-
VARGEM GRANDE DO RIO PARDO	-	01	-	-	02	-
VERDELÂNDIA	-	01	-	03	-	-
TOTAIS	57	123	09	200	58	01

Fonte: SERVIÇO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE; SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE MONTES CLAROS, 2012
Org.: SILVEIRA, 2012.

A Jurisdição Federal determinou as competências para elaborar Diretrizes Nacionais dessa política e cofinanciar o Sistema. Estabeleceu orientações quanto à formação dos recursos humanos, estruturação, regulamentação e avaliação dos programas de controle, além de manter em dia a base dos dados nacionais.

Para a estrutura estadual, deliberou que esta deve: conduzir a implantação e execução das ações e serviços de Atenção Básica no território; moderar as relações intermunicipais; qualificar os recursos humanos no seu âmbito; executar as ações das políticas públicas, inclusive a de colaborar com os investimentos concernentes ao Estado e colaborar na avaliação dos serviços no território da saúde.

Ao município coube deliberar, implantar e contratualizar o modelo do trabalho de Atenção Básica no território; gestar e gerenciar o funcionamento da UBS; cofinanciar as ações locais; alimentar as informações nos sistemas; supervisionar e avaliar o desempenho das equipes em saúde.

Nesse sentido, pensar a Atenção Básica somente para pobres e profissionais sem qualificação é contrariar os ideais do SUS, pois comprometeria os resultados da resolutividade. Nas abordagens anteriores foi delineado que esse Sistema persegue a alta qualidade e resolutividade, além da promoção e proteção à saúde em um arranjo hierarquizado.

No bairro Morrinhos, em Montes Claros/MG, no que tange ao território da saúde e à gestão desenvolvida, tem-se esforçado, juntamente com a equipe multiprofissional, em cumprir os objetivos propostos para essa estratégia.

A ESF como estruturante dos Sistemas Municipais de Saúde tem instigado a dinâmica do reordenamento do modelo de Atenção do SUS, criando condições para uma maior racionalidade no uso dos demais níveis de assistência, de onde tem obtido resultados positivos, demonstrados através dos indicadores de saúde das populações assistidas. As equipes constituídas são elementos-chave na permanente informação e troca de conhecimentos, isto é, dos participantes da equipe

multiprofissional com o saber popular, isto é, com o “senso comum” nos territórios assistidos.

Atualmente o SUS exerce importante função na consolidação da Estratégia Saúde da Família através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que se integram ao processo de hierarquização dos serviços das Unidades de Saúde(US), participando das ações e práticas da Atenção Primária no território de saúde; os postos e hospitais cuidam dos níveis de média e alta complexidade. Entre as propostas do SUS, as ações educativas, ou seja, uma educação continuada consolida a Estratégia de Educação Permanente em Saúde, um projeto do Ministério da Saúde que fomenta os processos de educação para o trabalho.

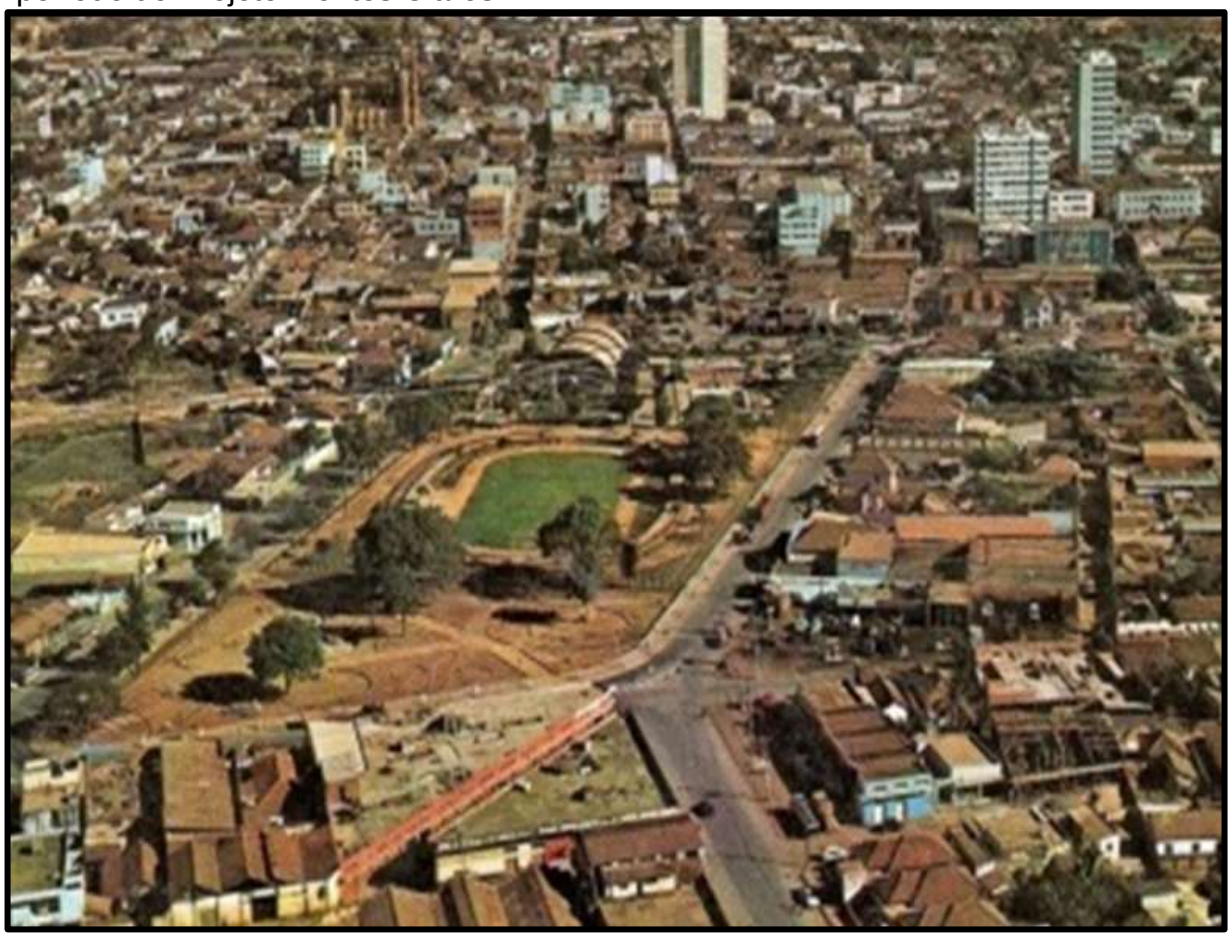
Nele, estão inseridas as articulações interinstitucionais por intermédio das universidades que como partícipes buscam promover a Educação Pedagógica Permanente, ao fortalecer essa estratégia nas possíveis mudanças comportamentais dos diferentes atores sociais prevendo amplitudes maiores no século XXI.

As mudanças na dinâmica e na infraestrutura do estado de Minas Gerais muito contribuíram para a difusão dos princípios da Regionalização, Descentralização e Hierarquização dos Serviços de Saúde no Sistema de Atenção Básica através do Programa Saúde da Família (PESSÔA, 2005, p. 81). Essa sequente movimentação e dinamismo na saúde refletiram no aperfeiçoamento e na ampliação da sua qualidade no estado. Esse fato é comprovado na cidade de Montes Claros, quando impulsionada por essa visão, passou a ocupar gradativamente a posição de polo de referência na área de saúde mineira. Destarte a história do Sistema de Saúde em Montes Claros em suas premissas e principais estruturas muito contribuiu para os novos rumos da reforma sanitária brasileira, através da intermediação do Projeto Montes Claros - PMC no contexto local e regional.

Segundo as narrativas registradas, o PMC foi o resultado de uma construção coletiva e inovadora, que contribuiu com as experiências vivenciadas para corroborar com a instauração do Sistema Único de Saúde no Brasil (ESCOREL,

1998). Na figura 10, é possível visualizar a vista aérea parcial da cidade de Montes Claros na década de 1970, anos do PMC, quando a população correspondia a 116.486 habitantes (IBGE, 1970).

Figura 10: Vista aérea parcial da cidade Montes Claros (MG) na década de 1970 - período do Projeto Montes Claros



Fonte: MONTESCLAROS.COM. 2012.

O PMC, assim conhecido, teve início em 1971 e encerrou suas atividades em 1979 (SANTOS, 1995). Suas ideias surgiram a partir do Projeto Sistemas Integrados de Serviços de Saúde do Norte de Minas - SISSNM, que se constituiu em um conjunto de experimentos oficiais que, quando articulados, resultaram nas primeiras ações para a Reforma Sanitária Brasileira. Nas singularidades existentes, teve a capacidade de romper as estruturas estabelecidas para a superação do modelo de saúde vigente no período da Ditadura Militar Brasileira. (TEIXEIRA, 1995).

Seu caráter de contestação e crítica ao poder político-econômico local até ao modelo hegemônico de privatização e repressão dos serviços de saúde, foram contrários aos princípios democráticos defendidos pelo país. Trouxe em seu conteúdo propostas criativas, a começar por uma construção coletiva, onde as particularidades do objeto fizeram a diferença no exercício da saúde norte-mineira e especialmente na cidade de Montes Claros.

O novo modelo de organização dos serviços, as práticas pedagógicas, a humanização, a participação cidadã, as ações democráticas no planejamento e gestão, o fortalecimento da autonomia na execução das propostas foram sua grande tônica. Montes Claros, e consequentemente os 42 municípios do Norte de Minas envolvidos com o projeto, participaram das mudanças da antiga realidade vivida pela saúde para uma nova visão transformadora da prática sanitária e social. Como expressa Teixeira (1995), Montes Claros foi a cidade que desenvolveu a primeira experiência para o desencadeamento da Reforma Sanitária tão necessária para a região Norte-mineira, a qual posteriormente foi vivenciada por todo país.

Os moldes defendidos e praticados pelo PMC em sua trajetória nos anos de 1970 foram amadurecidos na década de 1980 com a institucionalização da Reforma do Sistema de Saúde. Surge, então, um novo arcabouço no sanitarismo do país, que culminou na construção do Sistema Único de Saúde/SUS. Nele a democratização, equidade e integralização entre outros princípios resultaram na inclusão da saúde como parte da Seguridade Social no texto Constitucional, de 1988.

3.3 O Projeto Montes Claros (PMC) e sua importância para a estruturação da saúde pública Norte Mineira

Nas décadas anteriores ao Projeto Montes Claros, o Norte de Minas, devido às suas condições naturais e de infraestrutura foi fruto de modelos econômicos dominadores. A cidade, desde esses períodos já exercia a função de capital regional, o que influenciou bastante nas bases históricas do PMC, pois sua localização estratégica e realidade socioeconômica estabelecidas na cidade motivaram, em 1965, a

instalação de um novo modelo “desenvolvimentista” a partir da ampliação das ações da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste - SUDENE para o norte de Minas.

Seguidamente, Montes Claros foi então incluída juntamente com a região norte-mineira nos planos e políticas deliberativas dessa Superintendência. Os fundamentos firmados regionalmente foram moldados para uma industrialização com foco nos ideais da então chamada classe dominante brasileira e também regional. Esse projeto centrava-se na pluralidade produtiva e especialização industrial, objetivando a modernização da produção, através de incentivos fiscais federais. (SILVA, 2010).

A medicina e seus serviços, nesse período, eram mercantilizados e reproduziam um modelo no qual o Ministério da Previdência Social comandava o emaranhado do Sistema de Saúde. O PMC foi criado no ano de 1971, com objetivos voltados para a Atenção Primária oriundos de propostas defendidas pela Medicina Comunitária e tendo como aporte os recursos internacionais *United States Agency for International Development* - USAID, em acordo firmado com os governos Federal e Estadual.

Mendes (2006, p. 5), em seu pronunciamento no dia 27 de outubro de 2006, quando recebeu o título de Professor *Honoris Causis* da Universidade Estadual de Montes Claros, relatou que:

> Os projetos, onde quer que se implantem, não são independentes do ambiente em que se constroem. No plano sanitário internacional, a década de 70 caracterizou-se pelo debate sobre a atenção primária à saúde que levou, em Universidades, os programas de extensão de cobertura, em torno dos quais veio articular-se, posteriormente, o movimento da reforma sanitária brasileira. Em Minas Gerais, a partir do diagnóstico da economia mineira, implantava-se a racionalidade governativa que no âmbito da saúde pública, instituía o planejamento e criava estruturas descentralizadas, os Centros Regionais de Saúde. A convergência dessas influências internacionais, nacionais e no Estado balizou o caminho do projeto do Ippedasar. O caminho possível era o de um sistema de saúde com ênfase no desenvolvimento da atenção primária seletiva. (MENDES, 2006, p.5)

O PMC defendia como principal proposta para aquele momento à extensão da cobertura dos serviços de saúde direcionado às população rural do norte de Minas. Posteriormente, os gestores do Projeto reorganizaram os serviços de saúde, ampliando as ações de saúde integral, o que simultaneamente atenderiam, isto é, os elementos curativos e preventivos (ESCOREL, 1998). Para as diversas atuações, o projeto contou com a participação do Ministério da Saúde e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

A SES/MG participou do projeto, pois o estado buscava reorganizar os serviços vitais na área da Atenção Primária, ao alicerçar-se nos princípios da Medicina Comunitária. Em 1972, essa Secretaria estabeleceu a coordenação interinstitucional, definiu a área de cobertura máxima, os financiamentos multilaterais, a graduação dos serviços prestados, as inter-relações com o sistema informal e a participação da sociedade, bem como as definições de incumbências para a equipe de saúde nas suas funções. (NUNES, 1998).

Entre os princípios definidos, a cobertura máxima foi a principal, devido às necessidades emergentes dos usuários. Para tal, dilatou a sua capacidade física nos atendimentos investindo na formação dos profissionais. Através do Ministério da Saúde, financiador das ações estruturais em Minas Gerais, foram disponibilizados recursos para a execução dos Programas. O primeiro foi o de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS que buscava expandir a Rede de Unidades Primárias de Saúde, ou seja, Unidades Mistas, Postos e Centros de Saúde; nele as medidas para os princípios do saneamento também foram incluídas. O segundo, o de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde - PPREPS que centrou como alvo a capacitação dos recursos humanos no foco da sustentabilidade. (CASTRO, 2002).

O Projeto Montes Claros, também identificado como um “Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde no Norte de Minas,” foi, nesse período, beneficiado por uma sequência de acontecimentos significativos, gerados pela inserção da região na Área Mineira da SUDENE, por meio dos quais a cidade de Montes Claros, nos aspectos socioeconômicos e políticos, foi igualmente beneficiada. A importância

do PMC para o Norte de Minas foi constituída a partir de suas concepções e princípios, foi considerado como antecessor do Sistema SUS (ESCOREL, 1998).

No período de 1974-1979, na conjunção sociopolítica do então Presidente da República Ernesto Geisel, os representantes da gestão em saúde da cidade de Montes Claros participaram intensamente do processo pela reforma sanitária do país. Esses representantes buscavam um aprendizado à luz da Medicina Comunitária aplicada à realidade local, nas dimensões não somente biológicas e de assistência médica, mas também na de atender aos interesses múltiplos das áreas de gestão econômica e política, socializadas pelos ideais do Projeto Montes Claros - PMC. Esse projeto ficou conhecido como inovador e prático em seus princípios, firmando-se a partir de três macroetapas que serão desenvolvidas a seguir (ESCOREL, 1998).

3.3.1 A criação do Instituto de Preparo e Pesquisa para Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural – IPPEDASAR.

A primeira fase do projeto foi constituída a partir da instalação do Instituto de Preparo e Pesquisa para Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural (IPPEDASAR/1971-1974); a segunda corresponde ao Projeto Montes Claros interligado ao Sistema Integrado de Prestação de Saúde do Norte de Minas Gerais (1975-1977) e a terceira refere-se à agregação desse projeto ao Programa de Integração das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS (1977-1979). Vale comentar que no artigo “A história do Projeto Montes Claros”, de Regina Célia Nunes dos Santos (1995), as datas de cada etapa são diferentes: IPPEDASAR (1971-1973), o Projeto Montes Claros (1971-1978) e a participação no PIASS (1978-1979).

Sobre o Projeto Montes Claros, far-se-á o uso das datas estabelecidas por Santos (1995), ao entender que elas estão em consonância com outros artigos lidos sobre o assunto.

Ao completar essa informação, Santos (1995) afirma que, para a execução das macroetapas, a SES/MG contou com a experiência e colaboração do enfermeiro e missionário adventista Doutor Leslie Charles Scofield Júnior e de sua esposa que, juntos no barco de nome “Luminária”, atuaram na região prestando serviços de assistência religiosa e de saúde à população ribeirinha no Vale do Rio São Francisco em Minas Gerais, oriundos da Universidade de *Tulane/Family Health Foundatiom* (EUA). O Doutor Leslie Charles e sua esposa retornaram após esse período para os Estados Unidos com a finalidade de concluir seu programa de mestrado em saúde pública. Posteriormente, o missionário retornou ao Brasil para implantar um sistema com alta cobertura em saúde, além de outro no controle da natalidade (SANTOS 1995).

Nos anos seguintes, após muita dedicação ao trabalho, o Doutor Leslie Charles retornou aos Estados Unidos com finalidade de concluir o doutorado em Saúde Pública na Universidade de Tulane, em *New Orleans*, orientado pelo professor Joseph Beasley, chefe do Departamento de Saúde Familiar e Dinâmica Populacional da referida universidade, que também se interessou em investir nos trabalhos missionários e de saúde no Brasil. O conteúdo da tese do Doutor Leslie Charles subsidiou os fundamentos para a implantação do Instituto de Preparo e Pesquisa para Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural - IPPEDASAR em Montes Claros entre os anos de 1971-1973 (SANTOS, 1995).

Ao norte-americano foi atribuída a indicação de mentor desse Instituto. Este desenvolveu convênio com a extinta Fundação Norte Mineira de Ensino Superior (FUNM) e Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Sua sede funcionava no prédio da Fundação, hoje Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES, no atual Centro de Ciências Biológicas da Saúde - CCBS, anteriormente denominado de Departamento de Biologia (SANTOS 1995).

A respeito do IPPEDASAR, Mendes (2006, p. 4), historiando sobre esse Instituto no discurso pronunciado à Unimontes, informou:

> O Ippedasar institucionalizou-se por um convênio tripartite assinado em 8 de setembro de 1971 entre o Governo de Minas Gerais, a Fundação Universidade Norte Mineira e o Instituto de Pesquisas de Serviços de Saúde da Universidade de Tulane. Firmaram-no o governador Rondon Pacheco, o reitor João Vale Maurício e, por delegação, Leslie Scofield Jr. Àquela época o Norte de Minas, sua Universidade e Montes Claros eram outros. A região do Polígono das Secas tinha pouco mais 900 mil habitantes, distribuídos em 42 municípios. Em Montes Claros viviam 115 mil pessoas. A Universidade contava com a Faculdade de Direito e, recém criada, a Faculdade de Medicina. O Ippedasar instalou-se no prédio de um antigo seminário restaurado, com a ajuda do projeto, para abrigar a FAMED. Seu quadro foi formado por técnicos, como eu, vindos de fora, uns poucos da Universidade de Tulane, e outros, recrutados nesta região. (MENDES, 2006, p.4)

O IPPEDASAR estava ancorado na assistência simplificada, regionalizada e hierarquizada, em consonância com os diversos níveis de atendimentos em saúde, com especificidades para o planejamento familiar e controle de natalidade no Norte do Estado. Foi um Instituto visionário, pois almejava estender seus planos para todo o continente Latino Americano. (FONSECA, 1984).

Nesse sentido, a Prefeitura Municipal de Montes Claros - PMMC foi envolvida para programar com o Instituto as futuras propostas que estavam sendo firmadas. A partir daí, o IPPEDASAR tinha bases sólidas para as ações na região. Entre elas sobressaem as pesquisas aplicadas ao conhecimento da realidade “biossocial” dos entes municipais, sendo um dos focos o dos cidadãos trabalhadores informais não inclusos no Sistema Previdenciário e de Saúde do país, então conhecidos como “indigentes”[19]. Esse fato demonstra o não exercício da democracia na época, através da exclusão dos trabalhadores informais que eram excluídos do sistema legal de previdência.

Em continuidade ao discurso de Mendes (2006, p. 5), confirmando a exclusão dos cidadãos no sistema de saúde da região, é registrado que:

[19] Exposição de acordo com convênio entre a FUNM e IPPEDASAR em setembro de 1971, que em seu texto, no que se refere aos objetivos propostos, relacionava os indigentes para os atendimentos nas Unidades de Saúde coordenadas pelo IPPEDASAR. Observa-se que o texto do convênio induz a exclusão dos pobres, cidadãos não participantes dos direitos democráticos determinados pela constituição somente porque trabalhavam informalmente. (MENDES, 2006).

> O diagnóstico regional da situação de saúde revelador um quadro aterrador: 33% das mortes eram por doenças infecciosas e desnutrição; 38% dos óbitos ocorriam sem assistência médica; havia 9 hospitais na região, com sérios problemas de eficiência e qualidade; quase um quarto das internações hospitalares se deviam a doenças infecciosas; eram só 40 centros de saúde em 27 municípios, o que significava que 15 municípios sequer ofertavam atenção ambulatorial; somente 13% da população norte-mineira tinha acesso a consultas médicas; o consumo calórico médio diário, na população da cidade de Montes Claros, atingia 2.670 calorias, valor inferior ao padrão mínimo nacional; o gasto público *per capita* em saúde, na região, era de apenas 1,25 dólares por ano. (MENDES, 2006, p.5)

Após sua implantação o IPPEDASAR estabeleceu-se como condutor de relações e participações institucionais na popularização da saúde pública brasileira, bem como no prenúncio do modelo de saúde que viabilizaria os avanços regionais, tendo em vista as dificuldades de acesso da população, aos serviços de saúde, principalmente por conta das condições socioeconômicas da referida cidade e região (PESSÔA, 2005). Os recursos fomentados tinham finalidades destinadas às construções, reformas, aquisição de equipamentos e qualificação de pessoal, atendendo 55 Centros de Saúde e 190 Postos de Saúde, além do Posto de Saúde da Faculdade de Medicina de Montes Claros - FUNM (SILVA, 2010, p.106).

O resultado positivo para a Faculdade de Medicina foi a instalação do internato rural que proporcionou aos acadêmicos e professores ampla visão da saúde regional. A prática diária ratificou a estreita interação existente entre a saúde e educação. Os estágios dos acadêmicos de medicina da FUNM e UFMG corroboraram para o contínuo estreitamento da assistência à saúde com as populações carentes. Esses já estavam inseridos nas ideias do artigo 15º do Estatuto do IPPEDASAR, quando mencionava sobre as questões relacionadas à natureza e ao preparo dos elementos humanos: “ensinar a teoria e prática da medicina de comunidade para os alunos da Faculdade de Medicina do Norte de Minas, da Fundação Norte Mineira” (SILVA, 2010, p.106).

Em entrevista feita no dia 08 de agosto de 2012 com um profissional que participou do internato rural como estudante de Medicina da FUNM[20], ao ser indagado qual foi

[20] Por questão ética e pessoal, o entrevistado não permitiu citar o nome.

a sua experiência nessa atividade a partir das vivências em saúde no município em que trabalhou, o estudante respondeu que:

> *Foi uma atividade gratificante. Muitos de nós conhecíamos pouco sobre a realidade da saúde nos municípios do Norte de Minas. O internato rural ampliou a minha visão, tínhamos que trabalhar em um foco generalista. A população era muito pobre, carente na saúde. Onde trabalhei, encontrei ali, muita doença de chagas, consequentemente doenças cardíacas e anemias; as diarreias, verminoses e raquitismos eram bastante comuns nas crianças. O que valeu além da experiência, foi primeiramente conhecer a dura realidade da região e as trocas de conhecimentos, que interagíamos com os colegas de internato rural. Nossos professores colaboraram imensamente nos procedimentos. O Projeto Montes Claros em suas ações realmente foi consistente para a realidade da época.* (SIC- E2 – APÊNDICE 04)

De acordo com Silva (2010, p.106), o Estatuto do IPPEDASAR ainda intencionava "estabelecer e funcionar uma escola para auxiliares de saúde". Para tal, era prevista a criação de uma escola que formasse profissionais capazes de assessorarem os investimentos em saúde, além de incentivarem a participação comunitária e democrática dos cidadãos norte mineiros como colaboradores e usuários dos serviços de saúde regionais, uma das metas propostas no PMC. A Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras - FAFIL/FUNM ficou responsável pelo preparo desse pessoal técnico.

Com essa ideologia, o Projeto Montes Claros teve rupturas nas práticas, isto é, na relação entre o senso comum e na adequação dos conteúdos científicos. Esse percurso de ações democráticas resultou em uma consistente transformação social da saúde e áreas afins no norte do Estado. Para tanto, os partícipes produziram artigos que foram publicados nas modalidades disponibilizadas pela imprensa, fato que instigou diferentes posicionamentos no exercício do PMC e que posteriormente influenciou nas decisões das políticas públicas de saúde (ESCOREL, 1995).

Ao entrevistar, em 08 de agosto de 2012, a aposentada do antigo Hospital Santa Terezinha em Montes Claros[21], sobre o trabalho de Técnico em Saúde, por ela executado no período do PMC, a mesma discorreu que:

[21] Por questão ética e pessoal, o entrevistado não permitiu citar o nome

> *As atividades desenvolvidas por mim eram misturadas. Não tinha um serviço próprio, tinha que atender os doentes que chegava no hospital de todo lugar da região. Uns melhores outros piores. Nós trabalhava mais por amor, pois as vezes tinha hora pra chegar e não hora de ir embora. O povo era muito pobre. Quando o tempo esquentava era muita criança chegando com "gastrenterite". Coitado dos pais, dormiam na porta do hospital por causa dos filhos. Os médicos eram dedicados e todo mundo também. Tinha vez que virava a noite sem parar, as vezes faltava remédio, produtos da enfermaria, mas nem por isso nós deixava de trabalhar. Montes Claros era pequena, mas o povo adoecia demais.* (SIC - E3 – APÊNDICE 05).

Na figura 11, estão expostas as imagens de Montes Claros referentes a instituições de saúde da cidade. As superiores correspondem à Santa Casa de Misericórdia: à esquerda o início da construção e à direita está já edificada. A inferior é do Hospital Santa Terezinha em celebração festiva.

Figura 11: Diferentes Instituições de Saúde da cidade de Montes Claros.



Fonte: MONTESCLAROS.COM, 2012. **Org**.: SILVEIRA, 2012.

A partir de 1973, o Instituto gradativamente perdeu sua atuação devido às questões políticas, como a posição contrária da SES/MG nas propostas de controle de

natalidade. Em dezembro de 1973, o IPPEDASAR, o Governo de Minas Gerais e o *The Family Health Foudation* encerraram o convênio. Paralelamente, o IPPEDASAR foi dissolvido após denúncias feitas a respeito do funcionamento e do convênio internacional anteriormente firmado. Os documentos das decisões foram registrados na ata do Conselho de Orientação do Instituto, datada de 20 de abril de 1974. (SILVA, 2010, p.97).

Apesar dos imprevistos ocorridos no percurso da implantação do consórcio internacional, o Projeto Montes Claros logrou muitos resultados positivos no que concerne à mudança de mentalidade e às novas concepções da saúde regional.

3.3.2 A segunda fase do PMC: articulações e conjunturas para a efetivação do convênio internacional

Segundo Santos (1995, p.22), o Movimento Sanitário brasileiro estabeleceu como propostas as seguintes diretrizes: utilizar, na rede pública, os princípios da atenção integral; introduzir mecanismos administrativos no planejamento dos serviços; assegurar mecanismos na perspectiva da cogestão entre os órgãos públicos; incentivar a participação dos profissionais e população no controle da gestão dos serviços.

Foi nessa conjuntura que o PMC estabeleceu seu planejamento, uma experiência transformadora e não isolada das demais que se desenrolavam no estado de Minas Gerais, nessa época, a Reforma Sanitária Institucional brasileira já estava instaurada. Na primeira gestão reformadora e revolucionária de Dario Tavares (1975-1978) em Minas Gerais, foram instalados “Centros Regionais em todos os lugares” do estado. No PMC, com os recursos da USAID foram construídos “40 Postos de Saúde numa área geográfica de 144.000 km², [...] investimentos em treinamento de 625 auxiliares de saúde [...] para operar na rede” (SANTOS, 1995, p. 22).

A região Norte de Minas, na gestão de Dario Tavares, foi beneficiada pela SUDENE, quando recebeu recursos para financiamentos de projetos voltados ao desenvolvimento socioeconômico, entre eles, está a compra de equipamentos e complementação de salários dos técnicos. No governo de Magalhães Pinto, o processo de modernização da saúde no estado, desenvolvido pelo Secretário de Saúde Dr. Roberto Resende, foi ampliado quando este deliberou inscrições em regime de tempo integral para médicos que quisessem trabalhar na função de supervisor em todo o estado, os quais foram treinados pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Essa ação serviu de integração para as unidades sanitárias, ou seja, as Administrações Regionais de Saúde.

O Projeto Montes Claros nos seus objetivos buscava as práticas extensionistas através dos serviços de saúde prestados pelos acadêmicos na zona rural. Essa conduta veio posteriormente considerar o PMC como o principal modelo nacional de "medicina simplificada". Segundo Santos (1995, p. 46), em 1973, o Secretário de Saúde, Dr. Fernando Veloso, através de resolução, nomeou um grupo tarefa, sob coordenação da SES, para "conduzir o trabalho de definição de modelo a ser testado em um Sistema Regional de Saúde na região do Polígono das Secas em Minas Gerais (Resolução s/n de 24/01/73)." Posteriormente, na administração de Francisco de Assis Machado (1975) o Sistema de Saúde Regional foi reorganizado.

Para não se reter somente às literaturas que relatam sobre a história do PMC, especialmente Santos (1995) e Teixeira (1995), entrevistou-se no dia 25/09/2012 o senhor José Alves de Almeida[22], o qual, no período do PMC, foi um dos supervisores (1974). É especialista em Políticas de Saúde Pública, funcionário da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros. As indagações foram organizadas por fases em uma linha de tempo, pelas quais passou o Projeto Montes Claros. Esse profissional em suas afirmativas confirma uma considerável parte dos escritos de Santos e Teixeira (1995), ao descrever algumas etapas do PMC.

Neste contexto, o Projeto foi elaborado e executado à luz de várias etapas, o que, segundo Santos (1995) e Teixeira (1995), constituíram a coluna do PMC. Entre as

[22] Permissão do especialista para constar nesta tese o seu nome.

propostas descritas, fez-se menção a aquelas baseadas nos escritos desses autores, que foram confirmados através desta entrevista embasada na história oral e em um critério temporal das fases vivenciadas e executadas durante o percurso do Projeto.

- **1ª Fase:** Releitura do Modelo do PMC, como uma proposta política: no qual Santos (1995) escreveu que o padrão adotado nos atendimentos à saúde era contestador ao modelo vigente, a saber, o do "médico curativo". O PMC priorizou uma assistência médica à população regional por intermédio de um programa de extensão da cobertura nos atendimentos de forma preventiva, pois a região era desprovida de recursos em saúde, além de incentivar a reposição da força de trabalho.

Sendo assim, a primeira pergunta ao técnico foi a seguinte: "o que existia de concreto na saúde regional antes do Projeto Montes Claros?".

> *Só existia a imunização de subpopulações específicas e o controle de endemias dentre elas as mais comuns eram a Doença de Chagas, Febre Amarela, Malária, Esquistossomose, que eram combatidas pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais-DNERu. Também a urgência e emergência básica eram atendidas pela Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública-SESP, hoje Superintendência de Campanhas de Saúde Pública-SUCAM. Essa Fundação atendia à Atenção Primária. Os serviços de curativos, vacinas, primeiros socorros eram feitos por ela. As cirurgias também eram por ela atendidas, mas só onde tinha hospital. Corresponde hoje aos serviços de média complexidade em saúde. A saúde era toda voltada para o trabalhador, quem não tinha carteira assinada não gozava dos benefícios de saúde. Em Montes Claros só existia a Santa Casa como hospital filantrópico.* (SIC – E4 - Almeida, 2012 – APÊNDICE 06).

- **2ª Fase:** Seminário de apresentação do Projeto "Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas.". O PMC foi apresentado em um Seminário Interinstitucional em Belo Horizonte (1976), em um plano regional que propunha quatro temáticas: Tema 1) Características Básicas e Estrutura Funcional do Modelo. Tema 2) Infraestrutura do Sistema de Saúde – Unidades Auxiliares de Saúde. Tema 3) Programa de Extensão de Cobertura. Tema 4) Mecanismos de Coordenação Interinstitucional. Uma observação apontada por Santos (1995, p. 54) é a de que o documento não

era diferente praticamente em nada da documentação do IPPEDASAR, somente no que concerne à “racionalidade técnica”.

Desse modo, foi perguntado sobre “qual foi à primeira proposta do Projeto Montes Claros para a saúde regional?” o técnico entrevistado apontou que:

> *O Projeto Montes Claros com seus conceitos foi o embrião para o suporte das propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde em Brasília, 1986. A região do Norte de Minas foi inserida no Polígono das Secas, por isso foi beneficiada pela SUDENE. Antes do projeto tivemos o IPPEDASAR que também foi um projeto de Atenção Primária, mas durou pouco tempo e não deu certo e suas propostas não foram implantadas. O Projeto Montes Claros na sua proposta em 1975 se estenderia a 42 municípios todos muito carentes nas mínimas questões da saúde. Em 1975 a USAID dos Estados Unidos liberou quatro milhões de dólares para o desenvolvimento de um projeto voltado para a Atenção Básica da região. A mesma verba foi disponibilizada para o Nordeste – Recife, mas lá não deu certo.* (SIC – E4 - Almeida, 2012 – APÊNDICE 06).

- **3ª Fase:** Aprovação do PMC em Belo Horizonte e sua expansão: Em 1976, como etapa posterior foi institucionalizado o treinamento de 292 auxiliares de saúde, houve a construção de 100 Unidades Auxiliares de Saúde e de 33 Centros de Saúde. Em 1977, 625 auxiliares de saúde foram treinados e praticamente todos os módulos básicos previstos pelo PMC haviam sido implantados. Nesses treinamentos, os técnicos aprendiam a aplicar injeções, fazer curativos, recebiam orientações sobre os tratamentos das verminoses e preenchimento de fichas técnicas concernentes à área da saúde. O grande produto do treinamento foi o entrosamento dos participantes, o ajuste da linguagem em saúde e a participação comunitária nas decisões. O treinamento dos auxiliares era a grande meta do PMC – capacitação e treinamento dos técnicos para trabalharem nos Postos de Saúde (SANTOS, 1995, p. 54).

- **4ª Fase:** Formação e Distribuição das Equipes Técnicas a partir do Centro Regional de Saúde (CRS) de Montes Claros: A equipe técnica tinha como propósito refazer todo o diagnóstico realizado, checando os dados levantados. Para isso, os envolvidos foram divididos em cem equipes técnicas para cada microrregião (hoje regiões de saúde). Contaram também com a participação de cidadãos, na

maioria, jovens recém-formados da Universidade que aderiram aos ideais do Projeto. Todo o pessoal do CRS participou do diagnóstico: supervisores, motoristas e pessoal administrativo, todos com igual responsabilidade. Eram recomendados a observar o modo de vida do povo em uma visão geral e também dos Serviços de Saúde em particular, além da estrutura do poder local. Durante seis meses, oito equipes cobriram os 42 municípios numa área de 120.000 km². Os municípios inseridos no PMC foram visitados, nenhum distrito passou despercebido às equipes de diagnóstico. (SANTOS, 1995, p. 51).

Na continuidade da entrevista o técnico Almeida, foi questionado sobre "como se executou e construiu o planejamento para as ações de saúde do PMC".

> *Os 42 municípios da região foram divididos em equipes, cada uma com o seu supervisor. Cada equipe ficou encarregada de programas de trabalhos: a) "de Saneamento" coordenada pelo Técnico Sanitarista em Engenharia senhor Dealtanham Coelho, muito comprometido e habilitado para o que fazia. b) Equipe de Capacitação de auxiliares de saúde: o primeiro curso aconteceu em Porteirinha, que tinha como meta treinar auxiliares. Essa equipe treinou inicialmente 292 pessoas. Tinha como objetivo principal aprender os primeiros cuidados relativos à Atenção Primária. Cada Posto de Saúde possuía dois auxiliares para a Atenção Básica, cuidavam de vacinas, curativos, orientações para verminose e encaminhamentos. c) A Secretaria de Saúde do Estado comprava todos os equipamentos de saúde e administrativos para o funcionamento dos Postos e Centros de Saúde. d) Equipe para projetos de construção e desapropriação: essa era responsável pela desapropriação dos terrenos para a construção dos Postos e Centros de Saúde. Também pela construção das estruturas dos mesmos nos municípios. e) Equipe para contrato de profissionais da área: para serem contratados deveriam estar em conformidade com os ideais do PMC e eram contratados pela Fundação Ezequiel Dias – FUNED. Essa equipe de acordo com o PMC tinha o propósito de construir 190 Postos de Saúde na região em dois anos nos 42 municípios, além das reformas dos Centros de Saúde.* (SIC – E4 - Almeida, 2012 – APÊNDICE 06).

- **5ª Fase:** Contrapartida das Prefeituras: Ficou estabelecido entre as partes que as Prefeituras da região desempenhariam o papel de "engajamento" nos serviços, pois, segundo os registros de Santos, "não existia nada em termos de atendimento de serviços de saúde, na maioria dos lugares." (SANTOS, 1995, p. 54).

Ao indagar "de quem era a responsabilidade com a manutenção da saúde no Norte de Minas", o técnico da Regional de Saúde disse que:

> *Era por conta das campanhas do governo além do DNERu e Fundação SESP. Essa existia em quatro municípios, Bocaiuva, Januária, São Francisco e Pirapora. As Prefeituras incluíam nos seus orçamentos verbas para medicamentos, consultas, exames médicos, alguns poucos instrumentos. Nem todos os municípios eram assim.* (SIC – E4 - Almeida, 2012 – APÊNDICE 06).

- **6ª Fase:** Constituição de um Conselho Técnico Administrativo - CTA: Esse Conselho desenvolvia as funções de forma participativa e democrática, no monitoramento de todo o diagnóstico e ações desenvolvidas pelas equipes e CRS. Essa característica inovadora do modelo PMC/CTA eram acompanhadas pelo Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz, metodologia que atraiu pesquisadores e estudantes para uma grande pesquisa na região sob coordenação, de Cornelis Van Stralen, pois estavam interessados na experiência vivenciada pelos participantes do PMC. Alguns deles permaneceram na equipe do Norte de Ninas, como citado em Santos (1995), os nomes de Dr. José Saraiva Felipe e José Francisco da Silva (SANTOS,1995, p. 52-53).

- **7ª Fase:** Alternativas nas dificuldades encontradas no percurso do Projeto: A extensão geográfica da região foi um dos fatores que dificultou a execução plena das atividades propostas pelo PMC, outras foram aquelas relacionadas aos movimentos políticos regionais. Tais fatos fizeram com que a Direção do CRS/MOC monitorasse e executasse novas reciclagens para os auxiliares em saúde de seis em seis meses. Além de estabelecer estreita convivência e laços políticos com as lideranças dos municípios, em especial, com os prefeitos no apoio externo ao projeto. Santos (1995, p. 55), ao referir-se sobre o assunto, destaca o seguinte: “estabeleceu-se entre o PMC e Prefeituras uma solidariedade interna, dentro da região política [...]”, entre os 42 municípios, só um não cumpriu o acordado”. Segundo Pereira e Mendonça (2009, p. 20), entre outras dificuldades apresentadas, havia as estruturas físicas de acesso ao transporte, comunicação e gastos com locomoção, que apresentavam maiores dificuldades. Para cada uma delas, os gestores do Projeto estudavam os conteúdos e gerenciavam as soluções, tendo em vista a amplitude e particularidades da área de abrangência do PMC.

- **8ª Fase:** Responsabilidade da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais: A SMS-MG, juntamente com a de Administração, ficou responsável por licitar e comprar todos os equipamentos dos Postos e Centros de Saúde; acompanhar os contratos dos profissionais necessários para as ações do PMC, que eram admitidos através da Fundação Ezequiel Dias (FUNED).

- **9ª Fase:** Continuidade do Projeto Montes Claros: Após o diagnóstico de saúde na região, os técnicos da Diretoria Regional de Saúde foram divididos por áreas geográficas. A Diretoria agrupou os municípios em “áreas programáticas”, que absorviam um número de municípios, agrupados por proximidade e condições socioeconômicas. Cada área tinha um município polo e outros adjacentes, incluindo um coordenador técnico que conduziria as ações da área descentralizada do Projeto. O município polo era determinado pela estrutura de saúde. Foram eles: Montes Claros, Bocaiuva, Francisco Sá, Januária, Janaúba, Pirapora e Salinas. A área regional de saúde coincidia com a área mineira da SUDENE, com exceção dos municípios de Santa Fé de Minas e São Romão. Posteriormente, foi realizado o mapeamento da localização geográfica dos municípios, doravante elaboraram um modelo simplificado para nortear a organização dos serviços. (PEREIRA; MENDONÇA, 2009, p. 15).

- **10ª Fase:** Ações do coordenador das “Áreas Programáticas”: De acordo com Pereira e Mendonça (2009, p.16), o coordenador da área programática possuía atividades definidas: como, por exemplo: planejar e implantar, junto à equipe técnica, o Sistema de Saúde nos municípios; acompanhar a contratação de pessoal, treinar, supervisionar o trabalho desenvolvido pelos mesmos; na expansão do sistema, cuidar da manutenção do projeto físico, mobiliário e de equipamentos e também dos recursos materiais de saúde (remédios, vacinas, materiais de consumo e conservação deles); planejar ações como as gestões das Prefeituras para o planejamento das vacinas; estabelecer ofertas de serviços necessárias aos municípios definindo os custos globais da área.

3.3.3 Do IPPEDASAR ao Projeto Montes Claros: a experiência da Atenção Primária

Diante do diagnóstico regional realizado, os gestores do PMC formularam uma proposta de intervenção moldada em um fecundo diálogo interno da equipe que o integrava. A Atenção Primaria à saúde era desenvolvida com destaque para o cuidado materno-infantil com base nas experiências vivenciadas pelos profissionais da Universidade de Tulane, *New Orleans*/EUA, que foram os grandes cooperadores no sucesso do PMC. Mendes (2006, p. 5) declarou que existia "algo inédito da experiência nacional e latino-americana, naquele momento [...] O Norte de Minas polarizado regionalmente por Montes Claros foi dividido em oito áreas onde foram agrupados os 42 municípios da região". Todos "subdivididos em áreas de abrangências das unidades ambulatoriais gerais" no contexto dessas áreas "[...] articulavam-se as unidades de saúde operadas com foco na atenção familiar e domiciliar".

Para o bom funcionamento da proposta, Mendes (2006, p. 5) afirmou que o grupo técnico do IPPEDASAR e sua assessoria técnica de Tulane fizeram um esforço inusitado, pois eclodiram muitos estudos a respeito de: fluxos de pacientes; determinação de rede de cidades na região; análise das tarefas dos recursos humanos envolvidos no sistema de saúde; elaboração de diretrizes clínicas para atenção à mulher e à criança, também às doenças infecciosas, entre elas, a tuberculose. Eugênio Vilaça Mendes, Diretor Técnico do referido Instituto, a partir de 1971, relatou sobre seu aprendizado em Montes Claros e na Unimontes, na época, FUNM:

> Aprendi, para não esquecer nunca, que os sistemas de saúde hão de ser construídos com esforço e paixão, mas não podem prescindir de uma fase técnica sólida, sustentada nas evidências dos fatos. Por prescindir de uma base técnica sólida, sustentada nas evidências dos fatos. Por isso, reafirmo: minha formação em saúde pública fez-se aqui nesta cidade, nesta Universidade, no trabalho do Ippedasar. Esse encontro dos sanitaristas brasileiros, com a rigorosidade técnica de uma Universidade do mundo desenvolvido, terá marcado a todos (MENDES, 2006, p.5)

O planejamento do Projeto Montes Claros foi executado gradativamente, sofrendo muitas críticas em todo o percurso, as mais veementes versavam sobre o que "se tinha de melhor." (MENDES, 2006). Para tais críticas, o grupo do PMC questionava:

> Como não focar as ações na atenção à mulher e às crianças, com um forte componente de planejamento familiar, numa religião em que a mortalidade infantil média superava 50 óbitos por mil nascidos vivos -, em regiões ia além dos 80 óbitos por mil nascidos vivos -, e onde as mortes maternas eram espetaculares e não havia sequer como medi-las? Como não delegar funções aos auxiliares de saúde, numa região em que havia apenas 115 médicos, 1 por 8.000 habitantes, mais da metade residindo em Montes Claros, e somente 12 enfermeiras, 1 por 80.000 habitantes?(MENDES, 2006, p.6)

Neste período, no Brasil, ainda persistia a ditadura, e a saúde era foco privilegiado na luta pelo exercício da democracia. As boas técnicas de saúde pública eram vistas pelos ditadores com desconfiança, porque estavam comprometidos com "reformas cosméticas capitalistas". E o IPPEDASAR era "um elemento fundamental num dos ciclos de desenvolvimento da Atenção Primária à saúde no Brasil." (MENDES, 2006, p. 6). Segundo o autor, essa Atenção desenvolveu-se em ciclos históricos bem definidos:

a) O primeiro foi o dos anos de 1920, marcado pelos Centros de saúde.

b) O segundo nos anos de 1940, Fundação SESP quando esta instituiu as regiões "marcadas pelo esforço da guerra".

c) O terceiro ciclo aconteceu na década de 1960, uma ação de Atenção Primária através dos Centros de Saúde Estaduais.

d) O quarto foi desenvolvido nos anos de 1970, simultaneamente à Conferência Alma-Ata, com expansão da cobertura em saúde por intermédio da Atenção Primária seletiva.

e) O quinto ciclo correspondeu aos anos de 1980 com a articulação do INAMPS e das Secretarias de Estado de Saúde, pelas AISs.

f) O sexto iniciou-se nos anos de 1990, resultando na criação do SUS e municipalização da Atenção Básica da saúde.

g) O penúltimo ciclo, ou seja, o sétimo estabeleceu-se em 1995 com a introdução do Programa Saúde da Família e sua expansão quantitativa.

h) O último ciclo, o da Atenção Primária à Saúde, com a gestão do PMC foi o da implantação do Plano Diretor de Atenção Primária nas microrregiões de Janaúba/Monte Azul e Montes Claros/Bocaiuva. (MENDES, 2006, p. 7).

Esse estudioso, no seu pronunciamento à Unimontes, ao tratar desses ciclos e do IPPEDASAR, relata que o Instituto estabeleceu-se como “elemento seminal” da expansão e desenvolvimento do quarto ciclo da Atenção Básica para a saúde brasileira, ou seja, a Atenção Primária seletiva (1975-1977). Mendes (2006) afirma que hoje a situação sanitária do país exige a suspensão do último ciclo porque este se esgotou. O desafio do presente é o de dar qualidade para que essa estratégia de organização de rede de atenção à saúde possa fazer *jus* às funções de resolutividade, coordenação e responsabilidade, só assim será possível enfrentar a eficiência e efetividade, contrárias as dos anos de 1970 determinados pelas condições crônicas da saúde.

Segundo Silva (2010, p. 97), em 1975, com a efetivação do “Sistema Integrado de Prestação de Serviços do Norte de Minas”, no governo Aureliano Chaves e do Secretário de Saúde Dario de Faria Tavares, ocorreram os ajustes e ampliação dos serviços de saúde regionais, especialmente os da cidade de Montes Claros, através de convênio firmado pelo Ministério da Saúde com a *United States Agency for International Development* - USAID. Escorel (1998) acrescenta que foi um “empréstimo de US$ 7,6 milhões” contratados pelo governo federal para financiar projetos de saúde nos Estados de Minas Gerais, Paraíba e Pernambuco.

Os recursos mineiros foram financiados pela SES/MG em um valor aproximado de quatro milhões de dólares, destinados a Montes Claros, para implantar a Rede de Saúde da região Norte Mineira. Posteriormente, esta passou a ser identificada como “Projeto Montes Claros”, que veio respaldar o Sistema Único de Saúde - SUS.

Nesse âmbito, o Diretor do Centro Executivo Regional de Saúde, Francisco Assis Machado, em depoimento a Faleiros *et al.* (2006), afirma que o Projeto Montes Claros, em 1975, já praticava, na Atenção Primária, algumas prioridades das propostas de Alma-Ata que foram registradas por Faleiros *et al*. (2006, p. 61),

> Em 1975, em Minas Gerais, entra um novo secretário de saúde, o Dario Tavares, que resolve retomar um projeto do norte de Minas Gerais, financiado pela Usaid, que estava parado porque havia uma desconfiança de que ele fosse utilizado para controle de natalidade. O Dario depurou do projeto essa questão e, na verdade, o projeto tomou a forma de um modelo de Atenção Primária, mesmo antes de Alma Ata. Esse era o Projeto Montes Claros.

Ao assumir a coordenação do referido Centro, esse diretor, em 1975, foi visto pelos participantes da Saúde Regional como um gestor inovador e responsável por mudar o *status* da Saúde no Norte de Minas. Segundo o depoimento de Vieira e Lima (1995, p. 69), no período em que assumiu a coordenação, o Centro contava apenas com um almoxarifado com função específica de distribuir medicamentos apresentando uma estrutura bastante tradicional. A partir de "Chicão" uma nova etapa foi iniciada através de empreendimentos em saúde concretizadas pelo Projeto Montes Claros.

José Saraiva Felipe, Médico e Professor Universitário, atualmente deputado federal, em declaração concedida, em 1983, à comunidade montesclarense sobre o Projeto Montes Claros e as mudanças que ocorreram simultaneamente no Centro Executivo Regional de Saúde na gestão de Francisco Assis Machado, afirmou que:

> A ideia de gênese do projeto Montes Claros vem desde 1972; aquelas histórias de que a Family Hearth entendeu de fazer um projeto que, ao mesmo tempo ampliasse uma estrutura de atenção à saúde nos postinhos rurais, este era também um modelo que a OPAS vinha preconizando, que pudesse estabelecer a questão do planejamento familiar na região. [...] O que acho que aconteceu de novo, o salto qualitativo do projeto foi quando o Chicão [Francisco Machado, diretor do Centro Regional de Montes Claros] assumiu. Ele propôs uma releitura dessa proposição técnica que fazia o modelo, e daí veio uma proposta política [...] a saúde era muito mais fruto das condições de vida e trabalho e para muda-la era necessário mudanças nas condições de vida. Eu acho que a gente superou esse ar de ingenuidade. A discussão tem que estar associada [à proposta] de você montar um sistema de saúde.

Nas décadas de 1970-1980, a equipe desse Centro participou intensamente do desenvolvimento do novo modelo estrutural e descentralizador da saúde do Estado em três perspectivas no decorrer das ações: na organização, na estruturação da base territorial regionalizada e na hierarquia dos serviços a serem prestados.

Primeiramente, a atenção à saúde fortaleceu as bases domiciliares locais. Simultaneamente, a estratégia da Atenção Primária e da Medicina Comunitária tornaram-se o carro chefe das mudanças no modelo de assistência. Por último, a capacitação elementar dos profissionais da saúde foi ampliada. Pêssoa (2005) ratifica que a “Rede Física”, no final da década de 1960, na região, já possuía 40 unidades de saúde, entre essas, 16 hospitais de pequeno porte e um maior e mais equipado, a Santa Casa de Misericórdia (PÊSSOA, 2005, p.132).

Todos os arranjos do Centro Regional contradiziam a prática do modelo executado na América Latina, o da Medicina Curativa. Regionalmente, para o planejamento das ações municipais em saúde, eram realizados diagnósticos sobre as condições socioeconômicos dos habitantes, bem como o papel das Prefeituras nesse âmbito. Segundo Santos (1995), existiam poucos atendimentos de saúde na maioria dos municípios norte-mineiros.

Os projetos de saúde financiados por Instituições Internacionais na América Latina investiam nos serviços de baixa complexidade. Parcos recursos foram destinados à construção de sistemas públicos de saúde eficientes e equitativos nos níveis de média e alta complexidade. A SUDENE, também envolvida no processo, por intermédio da sua divisão de saúde, viabilizou a modernização das Secretarias de Estados de Saúde - SES do Nordeste brasileiro. Em Montes Claros, o Centro Executivo Regional de Saúde foi descentralizado da SES/MG e modernizado através de reforma administrativa priorizando a organização dos serviços. (SILVA, 2010).

Completando essas ideias, a pesquisadora escreveu que o Centro Executivo Regional de Saúde (atual Gerência Regional de Saúde), no período que ocorreu a descentralização e modernização da SES, veio influenciar positivamente o PMC. (SILVA, 2010, p.104). Fato que Teixeira (1995) assevera ter sido singular à experiência desse Projeto em Montes Claros, pois proporcionou a reforma administrativa da saúde, a qual viabilizou o planejamento e organização dos serviços, além da sua descentralização, mesmo diante dos conflitos e dicotomia existente entre o planejamento centralizado e a administração regionalizada.

Sua intervenção contribuiu bastante nos investimentos destinados à compra de equipamentos e ajustes de salários dos técnicos, em contraposição ao alargamento da cobertura na prestação de assistência à saúde. Os profissionais, devido ao trabalho diferenciado dos demais estados, eram contratados com base na ideologia e na visão democrática do PMC. De tal modo, os gestores nas contratações desses profissionais não se preocupavam com as especialidades, e sim com as experiências anteriores que, segundo Sobrinho (1995, p.104, *In* SILVA, 2010, p.104), priorizavam a "criatividade, ruptura de preconceitos e abandono de procedimentos tradicionais".

Nesse sentido, o autor considera o PMC como uma das primeiras experiências do país desenvolvidas por auxiliares de saúde. Um corpo técnico multiprofissional, visitadores dos domicílios e auxiliares nos atendimentos do cuidado infantil e de saneamento.

Entre as principais características, está uma gestão democrática em parceria com os gestores municipais, na administração e descentralização dos serviços; as decisões eram tomadas em reuniões e assembleias, mesmo em plena Ditadura Militar. Havia ainda uma interação entre educação e a saúde através de capacitações técnicas e pedagógicas para os auxiliares de saúde que trabalhavam na mobilização e educação das famílias. (MACHADO, 2010, p.134, 150).

Portanto, o PMC foi um projeto de saúde que teve trabalho diferenciado tornando-se conhecido nacionalmente devido ao interesse, competência e compromisso da equipe técnica além dos princípios democráticos que a integrava. Conforme apontam as considerações de Machado (2010, p.134; 150) é possível observar que:

> A implantação do Projeto deu-se, então, de modo muito coerente com a estratégia geral de condução: Desenvolver todas as atividades de modo participativo atendendo ao objetivo maior de ampliar a consciência de funcionários e população em relação à sua realidade, no campo da saúde; encontrar coletivamente os melhores caminhos e passos a percorrer para modificar favoravelmente a realidade vigente; e, como conseqüência natural decorrente, construir alianças e bases políticas e sociais mais sólidas para sustentação de nossas ações.(...) Reforçada a Equipe e obtidas as condições materiais de trabalho, todos os esforços se concentraram no estabelecimento de relações regulares e sistemáticas do Projeto com os Municípios de modo a favorecer uma afirmação dos seus objetivos maiores, os de ampliar as alianças regionais e o de capacitar o pessoal em planejamento – principalmente, pela revisão do diagnóstico de saúde que fundamentava aquele.

De acordo com Silva (2010), o PMC foi realmente um projeto regional, adequado às realidades do norte-mineiro, especialmente porque contou com a participação dos gestores regionais da saúde além de envolver os acadêmicos de cursos afins. Trabalhos de campo aconteciam constantemente, divergências de pensamentos que, em contraposição, davam as respostas necessárias às novas reestruturações dos serviços em uma perspectiva crítica e sociopolítica. Entre elas, a saúde é compreendida a partir do homem como ser plural, e o conceito de doença não é limitado apenas ao biológico, mas se amplia à multiplicidade do ser humano. (SANTOS, 1995).

Silva (2010), em outro enfoque, descrevendo a respeito da equipe técnica, afirmou que esta era constituída por profissionais experientes nos serviços de saúde pública e que lutavam para que o PMC fosse um projeto local. Teixeira (1995), ao tecer consideração sobre Montes Claros, afirmou que esta era conhecida por muitos na época como a “Meca da Saúde Pública”.

Para Teixeira (1995), o Projeto Montes Claros nos interesses regionais foi diferenciado em suas feições políticas e marcas sociais. Lobato (1995) declara que o modelo do PMC ultrapassou os parâmetros da Medicina Comunitária e que esse modelo foi reconhecido pelos gestores do Ministério da Saúde em 1976. Escorel (2008, p. 389), completando essa afirmativa, registrou que o referido Projeto, no seu percurso, buscou a não exclusão dos cidadãos, fato tão comum na saúde pública, mas a universalização dela na caminhada democrática, para que fosse “um modelo

assistencial de extensão de cobertura de serviços de saúde a baixo custo"; o PMC [...] "permitiu experimentar a aplicação dos princípios de regionalização, hierarquização, administração democrática". (LOBATO, 1995, p. 90).

Por telefone, foi estabelecido um diálogo com o aposentado que trabalhava no período do PMC, como técnico de datilografia do Departamento de Saúde da Prefeitura Municipal de Montes Claros[23], sobre sua percepção a respeito das dotações orçamentárias para a saúde na época:

> *Observava que nas cartas por eu datilografadas a região precisava de muito dinheiro para por a saúde do jeito que ela tinha que ser. O dinheiro não era suficiente porque o povo era pobre e nós víamos a saúde carente. Nossos chefes eram esforçados e lutava para construir obras como postos para atender o povo da cidade, mas vinha para aqui gente de todo lugar. De vez enquanto a gente via o esforço dos chefes para atender a necessidade do povo pobre e doente. Não tinha dinheiro, lugar para ficar e nem sabia como conseguir as consultas e remédios. A gente ouvia falar desse programa e ficava empolgado com a vontade do povo em melhorar a saúde de Montes Claros.* (SIC – E5 – APÊNDICE 07)

Fica evidente que o projeto teve proposições bem pertinentes ao seu objetivo, pois desenvolvia trabalhos em parceria com os administradores municipais da região, também apresentando o processo operacional de descentralização, o que facilitava o contato direto com as demandas locais e com a situação epidemiológica e socioeconômica dos partícipes.

Nesse processo, quarenta municípios foram envolvidos, com dotações orçamentárias liberadas para investimentos na saúde. As ações eram coordenadas pelos conselhos decisórios, por intermédio de assembleias e reuniões, nos treinamentos e contratações de profissionais e técnicos, fundamentadas nos métodos defendidos por Paulo Freire. A prática dos objetivos era contextualizada com o envolvimento de todos, na democratização e transformação social. (SILVA, 2010, p. 100-110). Diante do exposto, a nova visão empreendida pelo PMC marcou uma nova fase para a saúde do Norte de Minas e especialmente em Montes Claros.

[23] Por questão ética e pessoal, o entrevistado não permitiu citar o nome.

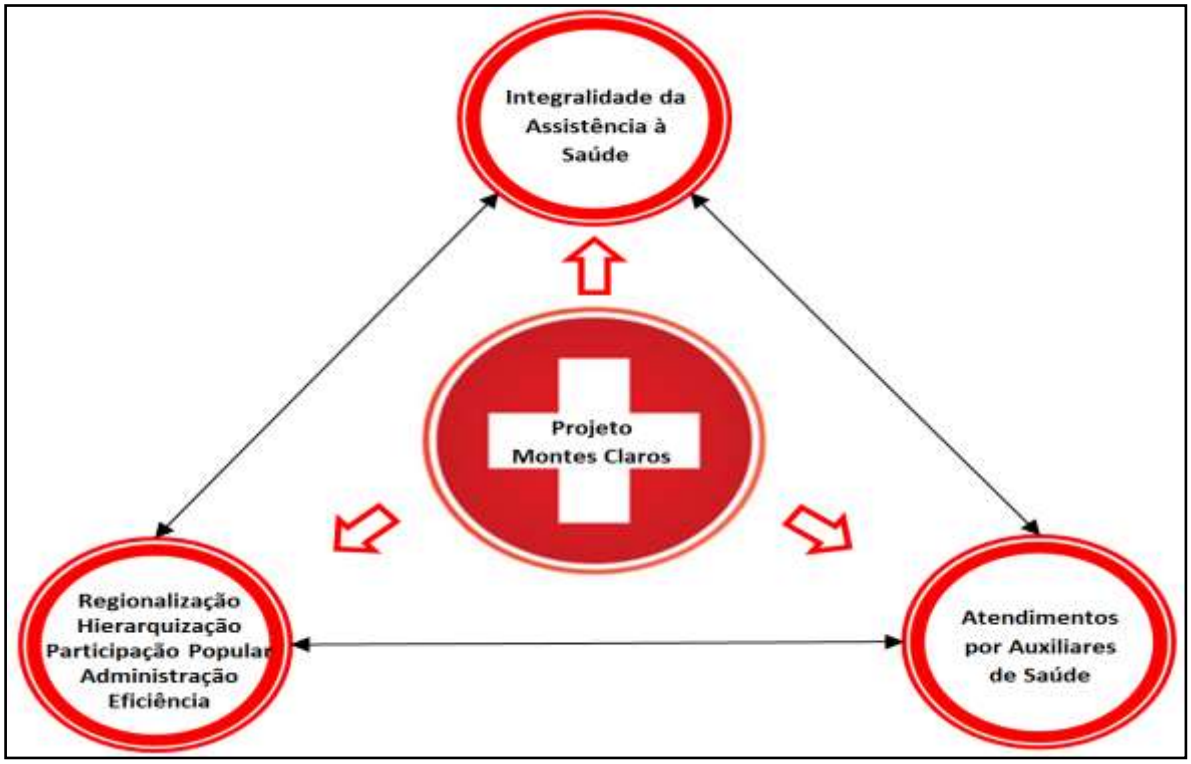
Nele a gestão democrática e universal configurou sua prática e aceitação. É o que escreve Lobato (1995, p. 90):

> Começa aí o reconhecimento do projeto como contendo proposta altamente inovadora. Tendo como máxima a ampliação de cobertura, a proposta condensava as orientações, sendo que de forma renovada. Ultrapassa o modelo de medicina comunitária —de pobre para pobre e propõe um outro de assistência integral, ampla de pessoal auxiliar; interação preventivo curativo com ênfase no preventivo, integração e inter-coordenação de ações e financiamento multilateral. Tudo isso baseado na participação comunitária.

Destarte, é necessário destacar que os fundamentos e princípios democráticos estabelecidos para a Atenção Primária no PMC foram baseados nas deliberações sugeridas na declaração de “Alma-Ata”, essência da Saúde Comunitária, era o elemento fundamental para o desenvolvimento humano. Nessa Conferência, as práticas médicas foram orientadas por 04 (quatro) ideias peculiares dentro do princípio da coletividade (BRASIL, 2010, p.23). São elas: 1) a integridade nos cuidados em saúde, através de atividades promocionais, preventivas e curativas; 2) os recursos financeiros disponibilizados obedeceriam aos critérios de hierarquização dos serviços nos três níveis de complexidade: primário, médio e alto; 3) as práticas alternativas deveriam ser monitoradas, envolvendo a academia e os diversos usos da medicina popular; 4) as soluções para os problemas levantados seriam encontradas pela comunidade. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1976).

Esta ação foi positiva, pois o novo contextualizava-se no velho, e os resultados surtiram efeitos positivos. Os quantitativos não trouxeram grandes impactos, porém, a participação popular ficou registrada, além da contribuição dos auxiliares de saúde, que se tornaram precursores desta visão integral, pois avaliavam as condições socioeconômicas locais e as inseria nas diversas análises da saúde dos cidadãos, atos que eram contraditórios ao regime militar autoritário vivenciado na época. (ESCOREL, 1995).

Figura 12 - Fundamentos Norteadores do Projeto Montes Claros



Fonte: ESCOREL, 2008. **Org.:** SILVEIRA, 2012.

Escorel (2008), ao abordar sobre as diversas propostas do PMC como um projeto de prestação de serviços com ampla cobertura e custo baixo, afirmou que o sucesso ocorreu, devido a três princípios básicos, que posteriormente foram incorporados às doutrinas do SUS (1988). Na figura 12, esses princípios estão evidenciados: 01) A integralidade da assistência à saúde, a regionalização, a hierarquização das ações de serviços, a participação democrática popular e a administração com eficiência; 02) Atendimento por auxiliares de Saúde; 03) Integralidade da assistência à Saúde.

Esse norteamento proposto era executado com interesse e responsabilidade por intermédio dos auxiliares de saúde, os quais se constituíam em 08 (oito) equipes geridas pelo Centro Executivo Regional. Para que houvesse a integração das ações de assistência à Saúde, as equipes reuniam-se periodicamente relatando todos os eventos locais. Democraticamente durante as reuniões, eram traçadas novas metas para os serviços posteriores, além de reverem outras estratégias para aquelas que não obtiveram o êxito esperado.

Escorel (1998) assevera que o trabalho do PMC priorizava a medicina preventiva através da Atenção Integral à Saúde, por meio da hierarquização dos serviços regionais, participação popular, democratização das ações, todas elas desenvolvidas pelos auxiliares de Saúde.

Fica assim implícita que a segunda fase do projeto correspondeu à etapa de transformação do espaço de articulação do movimento sanitário brasileiro com o PMC, tido como inovador e reorganizador dos serviços da saúde do Norte de Minas, numa inter-relação democrática das equipes multidisciplinares com a comunidade, na valorização do senso comum regional em detrimento do conhecimento técnico. (ESCOREL, 1998).

3.3.4. A integração do PMC ao Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS

A terceira fase do PMC correspondeu à implantação do PIASS (1976), projeto integrado às estratégias da saúde nacional. Os resultados demonstrados denotam a ampliação da cobertura dos serviços de saúde nas pequenas comunidades e áreas rurais do nordeste do Brasil. Escorel (1995, p.148) afirma que o PIASS, na amplitude e organização, contribuiu efetivamente para melhorias da Saúde regional, quando escreve:

> O PIASS concretizou, numa área de abrangência considerável, uma proposta de organização de serviços de saúde que era alternativa até então adotada pelas instituições setoriais; enfim, dando continuidade ao projeto médico político-social de Montes Claros, num encontro com o sanitarismo desenvolvimentista, o PIASS foi palco e bandeira de luta do movimento sanitário, que cresceu como força política e na elaboração de uma proposta alternativa de organização dos serviços de saúde.

O programa fortaleceu e modificou radicalmente a relação da equipe de saúde, como, por exemplo, ao auxiliar de saúde foi outorgada a responsabilidade de ser o agente de disseminação das ideias do projeto. Para uma melhor Gestão, o Conselho Técnico Administrativo - CTA foi instalado e havia reuniões semanalmente para

traçar as metas do trabalho de campo a ser desenvolvido. Todos os profissionais, em seus diversos cargos, do motorista ao médico, tinham voz ativa e elegiam a composição da equipe de coordenação responsável pelas decisões a serem tomadas. (ESCOREL, 1998).

Ao questionar um profissional que participou desse processo como motorista24, sobre suas viagens no Norte de Minas para a ampliação dos serviços de saúde na região, ele respondeu que:

> *Naquele tempo as estradas era muito ruim. O carro quebrava, não tinha telefone, dormia na estrada. Quando chovia ficava atolado. O serviço que tinha que ser feito rápido, demorava por conta da comunicação. A gente gostava do que fazia. Nossos companheiros de trabalho era esforçados. Gostava do que fazia e queria desenvolver a saúde pra ela atingir todo o povo.* (SIC – E6 – APÊNDICE 08)

O CTA projetou construir, em 50 municípios Norte Mineiros, postos de saúde nas áreas rurais, bem como, a edificação de um hospital regional na cidade de Montes Claros. (TEIXEIRA, 1995; ESCOREL, 1998). Entretanto, Van Stralen (1995) afirma que o CTA não conseguiu ultrapassar o módulo básico proposto, isto é, não conseguiu mais do que a edificação dos postos de saúde nas cidades do Norte de Minas. O hospital regional, devido a questões político-administrativas e falta de recursos não foi construído. Somente em 1980, o Hospital Clemente de Farias da Fundação Hospitalar de Minas Gerais - FHEMIG, hoje Hospital Universitário da Unimontes, foi incorporado ao CTA e transformado em hospital regional. Todavia, nesse âmbito, Van Stralen (1995) registrou que a falta de estrutura física e de recursos financeiros era o grande empecilho para um atendimento adequado à população regional.

Silva (2010) afirma que o processo de aprendizado na gestão do PMC nos anos de 1970 caracterizou-se por duas etapas. A primeira refere-se a sua execução como espaço de soluções para vários interesses nele contidos. Nesse aspecto os gestores do projeto conseguiram, através de experiências bem sucedidas, mudar a face da

24 Por questão ética e pessoal, o entrevistado não permitiu citar o nome.

assistência da saúde na região. Consequentemente, a segunda etapa constituiu-se pelo resultado da primeira, pois o PMC lutava pela inclusão e democratização da Saúde, período que contou com a colaboração da USAID e SES/MG.

O ideal do PMC nasceu da proposta política da medicina preventiva e do movimento sanitarista, sendo assim, passível de concretização. A gestão centralizada foi efetuada por intermédio dos gestores municipais, que com recursos financeiros disponibilizados, possibilitaram a execução da assistência necessária, desenvolvida pelos auxiliares de saúde nos minipostos das cidades polos.

O PMC apresentava fundamentos firmados na integralidade e promoção da saúde e na prevenção de doenças. A participação da sociedade envolvida foi fortalecida com o trabalho executado pelos auxiliares de saúde e a base filosófica pactuada com a Medicina Sanitarista e Desenvolvimentista dos anos de 1950-1960. Essas mudanças viabilizaram novas posturas dos usuários, pois o fator econômico e o social eram os grandes indicadores para os avanços da saúde. Desse modo, foi estabelecida uma “superestrutura” que financiava investimentos, essenciais ao progresso da sociedade, isto é, no acesso digno para a habitação, alimentação, educação, emprego, saneamento e assistência médica. (COHN, 2009)

Segundo Cohn (2009, p. 46), a reforma sanitária almejava a reconquista da democracia e como a saúde “sempre é onisciente”, entendia-se que, através da reforma sanitária, a sociedade teria oportunidade de modernizar-se e democratizar-se. A saúde atuaria como o grande “carro chefe” no processo. Todavia, Paim (1986) ao referir sobre o PMC, afirmou que, nesse cenário, foi inserido nas aspirações sanitaristas e desenvolvimentistas da época, permitindo, assim, um diálogo entre as Ciências Sociais e a Saúde, fundamentado nas teorias marxistas que defendiam o processo saúde/doença, como inerente às questões históricas e socioeconômicas da população.

Silva (2010) ressalta que, no processo de desativação do PMC, não foram localizados documentos concisos referentes à segunda e terceira fases. Nesse intento, não se encontraram registros documentais em Montes Claros que

acrescentassem novos fatos na descrição do projeto, dessa forma, compartilha-se que nenhuma outra informação foi inserida a respeito da desativação do PMC. Poucos apontamentos foram feitos sobre o assunto, entre eles, merecem destaques a objeção da SES/MG quanto ao controle de natalidade feminina das faixas etárias, entre 15 a 49 anos do estado de Minas; acusações/denúncias no desvio de recursos do convênio Internacional “Family Health Foundation”; desconfianças oriundas na execução das funções exercidas pelos profissionais auxiliares de saúde. Vieira e Lima (1995, p.78), ao tratarem do Projeto Montes Claros, escrevem que:

> O Projeto Montes Claros não foi certamente a única experiência inovadora nesta perspectiva. Tornou-se, no entanto, emblemática, não só pela extensão dos serviços públicos que implantou, como também pelas forças políticas que nela se fizeram presentes e pelos conflitos/contradições que evidenciou no campo da saúde. Contribuiu para a construção de uma cultura política na área da saúde, onde os sujeitos aí implicados chegaram a ocupar destaque e decisão no processo de construção e efetivação política da Reforma Sanitária ao longo dos anos 80. O Projeto Montes Claros tornou-se fato político na constituição do Movimento Sanitário no Brasil.

O Projeto Montes Claros mudou o modelo da saúde no Norte de Minas, todavia, em 1979, com a perda de credibilidade, devido às denúncias atribuídas à gestão do PMC, foram dizimadas parte de suas ações. Somente a partir do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, precursor do SUS, muitos de seus ideais foram apropriados, pois comungavam positivamente com os objetivos desse projeto. Em 1984, as Ações Integradas de Saúde – AIS, intermediadas por propostas de gestão descentralizada, incluíram na sua metodologia os princípios da universalidade, equidade e regionalização, posteriormente foram endossados como princípios do SUS. Nesse período, a democratização e a descentralização da saúde eram defendidas pelo Estado brasileiro, isto é, a gestão seria transferida para os municípios onde os órgãos colegiados interinstitucionais negociavam o planejamento a ser desenvolvido.

3.3.5 A reorganização dos serviços de saúde regionais após o PMC

Novas ideias surgiram para reorganizar os serviços de saúde após a finalização do PMC, entre elas, estão o Projeto de Ações Integradas de Saúde - AIS, o Sistema Unificado e Descentralizado dos Serviços de Saúde - SUDS, estruturas ideológicas que precederam o SUS.

Os municípios, estados e regiões foram responsabilizados pela coordenação da política de saúde, paralelamente em âmbito federal foi formada a Comissão Interinstitucional de Planejamento composta por especialistas dos Ministérios da Saúde e Educação que administravam as ações de saúde e socioeducativas, de competência desses ministérios. (PAIM, 1986, p.170).

As AISs, no processo de implantação, dependiam diretamente das realidades regionais e municipais. Municípios como o de Montes Claros, que já possuía experiência ampliada na organização dos serviços de saúde e simultaneamente elegeram governos municipais progressistas em 1982, lograram êxito com esse convênio. Este significou um aporte financeiro adicional que proporcionou maior articulação interinstitucional das representações públicas em saúde dos municípios. Montes Claros foi inserida no processo pela vivência e como modelo de organização através da experiência com o PMC. As AISs contribuíram muito para a posterior implantação do SUS e para a municipalização dos serviços em Minas Gerais (PAIM, 1986).

Em 1987, através do Decreto-Lei presidencial de nº 94.657/87, foi institucionalizado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em um aprofundamento das AISs. Para os avanços da descentralização e unificação da saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde assumiram gradativamente as funções propostas pelo novo sistema. O SUDS e as AISs estavam sujeitos às condições experimentadas pelas diversidades socioeconômicas e políticas regionais dos estados brasileiros.

O SUDS foi consequência das experiências acumuladas pelas AISs e buscava a estadualização do INAMPS e a municipalização dos serviços essenciais de saúde. De acordo com Pimenta (1993, p. 32), nos anos de 1987 a 1988 no país, era possível notar um “verdadeiro mosaico”, pois existiam estados que assumiram integralmente a estrutura do INAMPS e a municipalização da rede básica, além de outros que mantiveram composições idênticas, além de conservar o convênio das AISs com o INAMPS. (PIMENTA, 1993).

Outro fato que contribuiu para o insucesso do SUDS, segundo Pimenta (1993), foi a ausência de política financiadora por parte do INAMPS que atendesse dignamente as demandas de ordem financeira dos Estados. O Brasil, no período, vivenciava altos níveis de inflações que corroíam os repasses federais para os estaduais os quais não eram corrigidos monetariamente. No período, segundo o autor, acontecia simultaneamente à implantação do SUDS e da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS). Nesse sentido, Cordeiro (2004) escreveu que esse sistema constituiu-se em uma “estratégia-ponte” para a reorientação e a reorganização das políticas e dos serviços de saúde que dela derivassem. Esses fatos inviabilizavam o projeto do sistema SUDS.

Todavia, para Paim (2008, p.74), o SUDS proporcionou um conjunto de desdobramentos técnicos institucionais como a formulação de planos de saúde, de distritos sanitários e de organização dos Conselhos de Saúde. Esses fatos enfraqueceram a distribuição do poder dos diversos setores de saúde daquele momento. Faleiros (2006) reforça os apontamentos de Paim (2008) sobe o assunto quando escreve que o INAMPS foi enfraquecido ao passar por reforma profunda, iniciando o processo de descentralização e repasse do poder do INAMPS. Nesse período, os secretários de saúde dos estados brasileiros assumiram a gestão processual da atenção básica.

Com a extinção do INAMPS e a implantação do SUS, a rede de serviços de saúde foi repassada para os municípios nas décadas de 1980-1990. Era um período de condições precárias na saúde, isto é, havia o comprometimento das estruturas físicas obsoletas, além do sucateamento dos equipamentos médicos e hospitalares.

Foi nesse ínterim que se criou o Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde -ReforSUS (1995).

O ReforSUS tinha como objetivo central resgatar a capacidade de atendimento da rede de serviços assistenciais do SUS, renovando a tecnologia dos equipamentos médico-hospitalares e a qualificação gerencial da equipe executora. O projeto foi consorciado entre o Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID e o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento - BIRD. O uso dos recursos financeiros aconteceria de forma equânime entre os Estados e proporcionalmente equivalente ao número de habitantes. A saúde de Montes Claros foi beneficiada com esse consórcio, no que concerne à qualificação e aos equipamentos médicos hospitalares. (BRASIL, 1998).

Segundo os técnicos da Superintendência Regional de Saúde (2011) houve, nesse período, a expansão da cobertura de saúde no município de Montes Claros e região. As unidades passaram de 40 para 200, das quais 30 delas atendiam à modalidade de internação. Nos anos de 1980, com o Projeto Nordeste, mais 88 novas unidades foram instaladas e, no decêndio de 1990, com a adoção dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família as unidades de saúde foram ampliadas para 245. Atualmente, segundo informações cedidas pela SRS (2011), a Região Ampliada de Saúde Norte possui 629 unidades de saúde com atendimento do SUS. Entre essas unidades, 44 têm leitos de internação e complexidades diferentes distribuídas entre os municípios das Regiões de Saúde.

Nessa década, dos 85 municípios da Região Ampliada de Saúde Norte, 19 foram beneficiados com o Projeto ReforSUS, e 17 assumiram funções de Sede de Módulo ou de Polo Assistencial ou ainda de Região de Saúde e/ou Diretoria Regional de Saúde. Essa pactuação, segundo as informações, muito contribuiu no aprimoramento e preservação dos investimentos regionais, como unidades reconhecidas e habilitadas para executar a Assistência Médica na região. (SRS-MONTES CLAROS, 2011).

3.4 O Período de transição do PMC para SUS no Território da cidade de Montes Claros e Região Norte Mineira

Pereira e Mendonça (2009, p. 21) afirmam que a contribuição do PMC para as origens do SUS sustentaram-se na particularidade da formação dos profissionais do Projeto ao prestarem os serviços, no apoio do Ministério da Saúde e outras Instituições e no interesse de outros estados brasileiros em conhecê-lo, o que culminou na sua disseminação. Portanto, o PMC trouxe contribuições para as origens da Reforma Sanitária Brasileira, embasado no âmbito da regionalização, descentralização, integração participativa da comunidade na gestão pública e hierarquização, que transcenderam a dimensão local estabelecendo, assim, referência nacional importante no processo de transformação da realidade sociossanitária do país. (TEIXEIRA, 1995, p.251).

Várias propostas e experiências foram aproveitadas, desdobradas posteriormente em iniciativas de projetos pioneiros como os de municipalização e regionalização dos serviços de saúde através das AISs, PIASS e SUDS. De acordo com Felipe (*In*: TEIXEIRA, 1995, p. 10), a terminologia e conteúdo de boa parte dessas propostas denotam a “ontogênese montesclarense”.

Segundo Teixeira (1995, p. 248), o estado de Minas Gerais tinha como foco a instalação de um sistema que garantisse êxito na administração através da qualidade dos serviços mediante a modernização do Sistema, para que houvesse “a construção de uma esfera pública que transcendesse os interesses meramente corporativos dos sujeitos privados e não se resuma a um apêndice da organização estatal”. Nesse período, a SES regionalizou a saúde do estado de forma descentralizada, e o planejamento aconteceria dentro dos Parâmetros locais, ao atender às necessidades da rede de usuários e de seus servidores numa “interação entre o Estado e Sociedade [...], estabelecimento da diferenciação entre o público e o privado”. A saúde foi então definida nos contornos da estrutura de poder local, em hierarquia para o estadual, episódio que minimizou os aspectos conflituosos e adversos das forças sociais, na construção dos canais institucionais que fariam a

articulação dos princípios democráticos da saúde. O que Teixeira (1995) afirma ser "responsabilização da representação, por um lado, e pelo controle social por outro".

Para Teixeira (1995, p. 254), o PMC esteve na "tensionalidade entre instituído e o instituinte", foi "vivida a cada momento, no lugar designado como o coletivo, espaço de demonstragem[25] das estruturas de poder e de construção de uma nova prática e de uma nova institucionalidade". Nas etapas vivenciadas pelo Projeto, a luta era modelada pela inserção dos cidadãos no Sistema de Saúde, agora preventivo. Nele, os princípios instituídos anteriormente davam lugar ao novo, em uma singularidade no exercício cidadão. Teixeira (1995, p. 257) registra que, para as ações do PMC se tornarem concretas, foi necessário estabelecer um "Estado de Bem-Estar Social", além dos arranjos político-sociais, donde a solidariedade antecedeu a "construção de uma ordem igualitária".

As experiências concretas vividas no PMC constituíram o grande "tubo de ensaio" que homogeneizou as formalizações organizativas do SUS. Portanto, o Projeto Montes Claros foi uma iniciativa ousada, que instituiu a "coluna vertebral" dos canais da essência igualitária na luta por uma democracia cotidiana, que quebrou significativamente os grilhões dos princípios privados e do socioeconômico da saúde vigentes no país. (TEIXEIRA, 1995, p. 257).

Após a implantação do SUS, a estrutura da saúde montes-clarense foi redesenhada e readaptada dentro dos princípios ditados pelo PMC, agora SUS, em um processo criativo, de construção coletiva, baseado nas dimensões político-econômicas de saúde e hegemonia dos serviços prestados, desenvolvidas a partir dos parâmetros contidos no SUS, a saber:

a) novo modelo de organização de serviços, em uma nova prática pedagógica;
b) nova relação entre a equipe de saúde e usuários do Sistema;
c) construção de novas práticas políticas e nova consciência sanitária;
d) novas posturas sociais relacionadas ao exercício do poder político. (VIEIRA; LIMA, 1995, p. 62).

[25] Espaço que demonstra as estruturas de poder.

Toda construção do processo de transição para o SUS foi articulada com as experiências vividas em Montes Claros e região, por isso vale destacar alguns pontos do PMC: a) adequação da nova racionalidade técnica dimensionada pelo SUS; b) orientação técnica quanto à dotação orçamentária e operacionalização na execução dos serviços; c) reorganização do quadro técnico administrativo na prestação de serviços e efetivação de conselhos decisórios paritários para o acompanhamento da funcionalidade deles em uma Supervisão Integrada; d) organização das práticas de ensino por intermédio de treinamentos e reciclagens; e) adequação da gestão e administração ao SUS, que, no período, foram organizadas, supervisionadas e controladas pelo Centro Regional de Saúde/MOC. (VIEIRA; LIMA, 1995, p. 62)

O Centro Regional de Saúde continuou adotando a administração participativa da prestação de serviços à população, através do qual a gestão da Prefeitura de Montes Claros e demais Instituições ligadas à saúde garantiu a participação através dos Conselhos implantados. O "processo transformador" da saúde estava fundamentado nos princípios político libertários da pedagogia de Paulo Freire e os mecanismos de adequações no novo Sistema eram decididos em Assembleias Semanais com envolvimento de todos os funcionários do Centro Regional para que as informações circulassem colaborando na efetivação das propostas de trabalho (VIEIRA; LIMA, 1995, p. 62). Representantes da comunidade também eram convidados a participar das decisões a respeito dos conteúdos tratados. Seguidamente, as ações propostas eram informadas à Secretaria de Estado de Saúde para as deliberações no âmbito, em consonância com o Sistema Único. Entrevistando a auxiliar de saúde que trabalhou no processo de transição para o SUS sobre as adequações efetuadas no período[26], ela respondeu que:

> *as mudanças não foram tão grandes, pois nós estávamos acostumados a trabalhar no coletivo. Todos ouviam uns aos outros, nunca tomávamos decisões sozinhos. Os princípios do Projeto Montes Claros foram continuados, somente alterou de amplitude e tivemos necessidade de nos esforçar para atender o que o SUS determinava.* (SIC - E7 – APÊNDICE 09)

[26] Por questão ética e pessoal, o entrevistado não permitiu citar o nome.

Quando perguntada sobre o modelo do PMC e sobre os ajustamentos para o SUS, a auxiliar de saúde respondeu o seguinte:

> *As ideias propostas pelo PMC estavam baseadas na questão de prevenção e promoção da saúde, o que veio confirmar os moldes do SUS. Principalmente em Montes Claros quase não tivemos dificuldades, do PMC para o SUS foi somente adaptações, já nos outros municípios tivemos que juntamente com a equipe do Centro Regional traçar roteiros de trabalho. Já conhecíamos desde a primeira fase a realidade do Norte de Minas, ouvíamos também as pessoas e traçávamos o trabalho, em Montes Claros tudo era decidido ou informado.* (SIC - E7 – APÊNDICE 09)

Por conseguinte, torna-se necessário enfatizar que a implantação dos preceitos do SUS no Norte de Minas foi somente uma questão de adequação, porque o experimento implantado pelo PMC já desenvolvia ações inerentes aos propósitos do Sistema. Existem poucos registros da transição, apenas informações de técnicos da saúde que trabalharam e contribuíram para as adaptações no período. Outro aspecto a ser enfatizado é que o Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais, que teve como base as propostas do SUS levou em consideração boa parte da metodologia do PMC, a qual indiretamente corroborou para nortear o processo de regionalização do estado no norte de Minas. A partir dessas considerações, no próximo capítulo será analisado o Sistema de Saúde da cidade de Montes Claros, desde o início até os dias atuais, em seus diversos compartimentos, complementando, assim, o que já foi discutido nos capítulos anteriores.

CAPÍTULO 4
O SISTEMA DE SAÚDE EM MONTES CLAROS: HISTÓRIA, ESTRUTURA E A SITUAÇÃO ATUAL

Vistas aéreas da cidade Montes Claros – MG, entre 1970-1980



Fonte: MONTESCLAROS.COM

"A saúde é um bem de capital importância para todos nós e um bom estado de saúde é um valor universalmente reconhecido como essencial ao nível de cada indivíduo".
(MARKKU LOYTONEN, 2005)

A dinâmica que tem impulsionado as transformações das redes físicas e tecnológicas da saúde montes-clarense reporta à situação histórica e aos processos de desenvolvimento na ampliação do Sistema em uma visão temporal e espacial, transcorridos na cidade, hoje, um polo regional. Este capítulo tem por objetivo tecer análises sobre as características e abrangências do Sistema de Saúde em Montes Claros, visando compreender o funcionamento e as diversas peculiaridades do mesmo, destacando o importante papel da cidade no desenvolvimento local e regional desde o contexto histórico até os dias atuais.

De acordo com os registros de Paula (1979, p.135-147), Montes Claros, em período anterior à chegada dos médicos, "já se constituía um município independente e via seus doentes à míngua de recursos médico-farmacêuticos". A Câmara Municipal procurou resolver o problema da vila Montes Claros (1833), estudando a proposta do Pe. Ambrósio Caldeira Brant: "que se formasse um partido para sustentação de um médico hábil [...] que facilitasse e diligenciasse a entrada de boticários" (aquele formado em farmácia). Em 1834, "o Presidente da Província autorizou exame de cirurgiões, médicos e parteiras que trabalhassem nesta vila," através de documento oficial, do então Ministro da Justiça, lido na reunião da Câmara.

Em 1847, o recém-formado Dr. Carlos Versiani fixou residência na vila, e, através de ofício da Câmara, foi solicitado a ele opinar sobre febres de caráter desconhecido que acometiam a localidade, especialmente ao norte e a leste, "onde exalavam miasmas pútridos e fétidos." Dr. Carlos Versiani passou a estudar as estações, o clima, a paisagem e as diversas enfermidades e concluiu que a existência de dois *pauis* (pântanos), localizados ao norte e a leste da vila, contribuíam, com o seu "lameiro", para gerar vetores que afetavam a saúde dos moradores. Em 1852, o irmão de Dr. Carlos, o médico Pedro José Versiani Júnior, chegou à vila, e juntos constituíram a comissão médica local, para tomar medidas preventivas contra a *"choleramorbus"* (cólera). (PAULA, 1979, p.136).

Dr. Carlos Versiani exerceu sua profissão com empenho e dedicação, durante cinquenta e cinco anos. Foi o fundador da Santa Casa de Misericórdia de Montes Claros, juntamente com Dr. Justino Câmara (1871). Outros médicos também

prestaram serviços à “comuna montes-clarense,” entre eles estão: Dr. Pedro Versiani Catta Preta, filho de Dr. Carlos Versiani; Dr. Horonato José Alves, clínico-geral e oftalmologista, além de pesquisador sobre a “etiologia da Lepra”. Dr. Antônio Vecchio que, juntamente com seu irmão Dr. Giovani Vecchio, montou um consultório muito bem aparelhado, o qual, em conformidade com Paula (1979), possuía “um arsenal completo de instrumentos cirúrgicos, aparelhos de clínica e microscopia, raios-X, gabinete sobre prescrição de assepsia, etc.” Além desses especialistas, outros gestores da área e estudiosos da epidemiologia focaram sua atenção para a região norte-mineira devido às moléstias originadas nesse âmbito, o que contribuiu para a história da saúde local.

A partir dessas informações contidas em Paula (1979, p.136-146), é observado que a cidade foi se estruturando na área médica e montando os artefatos de saúde necessários aos atendimentos locais/regionais. A primeira Associação Médica de Montes Claros, seção municipal, foi fundada em 1950, sob a presidência do Dr. Hermes Augusto de Paula, membro do Conselho Superior da Associação Médica de Minas Gerais, também sanitarista e especialista em parasitoses, grande parceiro nas iniciativas de saúde da época, e, além de amigo dos pobres, era um pesquisador nato da história da cidade.

4.1 O espaço das Unidades de Saúde de Montes Claros e ações produzidas pelos agentes sociais

Corrêa (2011, p. 41), ao contextualizar sobre o espaço e os agentes sociais, escreveu que a produção do espaço decorre da ação de agentes sociais concretos, com papéis previamente definidos, de acordo com interesses, contradições e práticas espaciais a eles inerentes ou comuns a todos. Essas práticas acontecem em ambientes limitados ou amplos, entendidos como marcas e matrizes deixadas pela intervenção humana no espaço, as quais são resultantes dos propósitos que envolvem os diversos âmbitos e sentidos, os significados e as temporalidades específicas, em que esses eventos se concretizaram. Para Corrêa (2011, p. 43):

> os agentes sociais para a produção do espaço estão inseridos na temporalidade e espacialidade de cada formação socioespacial [...] refletem as necessidades e possibilidades sociais, criadas por processos e mecanismos [...] são os agentes que materializam os processos sociais na forma de ambiente construído [...] processos sociais e agentes sociais são inseparáveis, elementos fundamentais da sociedade e de seu movimento."

A partir dessas reflexões, é que se escreve, neste capítulo, sobre a criação e construção do Sistema de Saúde na cidade de Montes Claros que, em 1833, autorizou, através de documento oficial, a contratação dos primeiros médicos para a vila Montes Claros. Os agentes sociais gestores, políticos e da saúde deixaram gradativamente suas marcas no espaço montes-clarense e construíram a história da organização dos empreendimentos na estrutura da saúde local e regional.

4.1.1 A criação do Hospital de Caridade em 1871 até a Santa Casa de Montes Claros

Em 1857, com a emancipação política de Montes Claros, o processo de crescimento populacional foi acelerado, havendo então, a necessidade de ampliar os investimentos infraestruturais no sítio urbano do município. Através do decreto nº. 1776, de 21 de setembro de 1871, assinado pelo então governador da província, foi oficializada a instalação do "Hospital de Caridade", com o nome de "Santa Casa de Caridade", após vinte anos de muitos esforços por parte dos gestores locais. Na época, o corpo técnico era constituído de duas enfermeiras, uma para cada sexo, atendendo a todos os doentes que procuravam o hospital.

Devido aos escassos recursos, a Santa Casa de Caridade era sustentada precariamente através de pequenas cotas predeterminadas para o orçamento da província, fator que impedia o socorro aos desvalidos. O povo também contribuía com auxílios financeiros por intermédio da "Irmandade Nossa Senhora das Mercês", sociedade religiosa responsável pelos negócios e direção da Instituição.

O prédio, construído em 1877, localizava-se na atual Praça Dr. Carlos Versiani, principal praça central da cidade nos dias atuais. Nessa praça, a Santa Casa de Caridade instalou-se em dois chalés situados na Avenida Estrela, hoje Coronel Prates. Em 1908, o Major Daniel Pereira Costa deixou registrado em testamento que toda sua herança pós-morte pertenceria à Santa Casa e aos pobres de Montes Claros. A figura 13 ressalta imagens do “Hospital de Caridade”, em 1877, na Praça Dr. Carlos Versiani, em seu primeiro estabelecimento.

Figura 13: Hospital de Caridade em Montes Claros MG- 1877

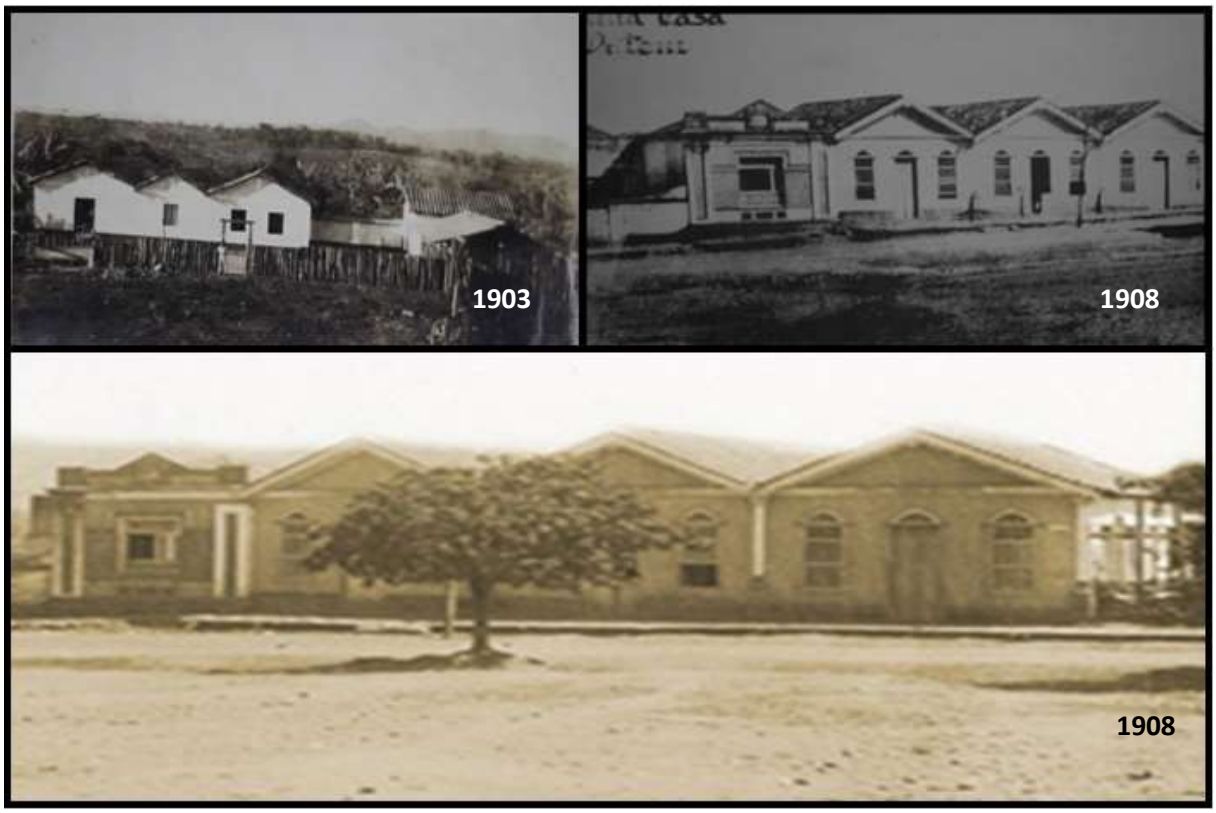


Fonte: Arquivos Digitais da Rádio Montes Claros 98 FM. **Org.:** SILVEIRA, 2012.

Com a doação do Major Daniel Pereira Costa, a Santa Casa adquiriu um excelente patrimônio que, com a especulação imobiliária urbana, passou a ter alto valor monetário, pois se situava no centro da cidade com dimensão bastante expressiva. O major ainda é reconhecido e lembrado pelos montes-clarenses como o maior benfeitor da assistência social da cidade na época (PAULA, 1979, p. 251).

Na figura 14 é possível observar, à esquerda, as condições do terreno doado com os dois pequenos chalés, à direita e abaixo, as novas instalações melhoradas e ampliadas.

Figura 14: Terreno e edificações deixadas para Santa Casa de Caridade, doado pelo Major Daniel Pereira Costa (1908).



Fonte: ARQUIVO HISTÓRICO DOS 140 ANOS DA SANTA CASA.

Em 1977, o corpo clínico do hospital contava com quarenta e dois médicos e possuía convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural - FUNRURAL - e com a Empresa de Serviço Funerário local, além dos serviços disponibilizados pelo pronto-socorro durante vinte e quatro horas por dia, atraindo, dessa maneira, pacientes de toda a região. Nesse sentido, Paula (1979, p. 253) registrou que a “Santa Casa é uma tradição de cem anos de atendimento à pobreza” e “68% dos internamentos provêm de municípios vizinhos”. A maternidade goza o prestígio das mães, “pobres, ricas ou remediadas – [é] uma tradição de bom atendimento”. No ano de 1978, a Santa Casa recebeu uma herança testamentária pelo falecimento dos irmãos Agostinho e Sebastião Salgado,

de quarenta reses e de cento e vinte e três hectares de terra próximo ao sítio urbano da cidade. Os projetos posteriores ao período foram de ampliação dos serviços e instalações.

Em 2012, a área construída corresponde a 10.800 m², com capacidade para 531 leitos. Destes, 81%, ou seja, 430 deles são destinados ao Sistema Único de Saúde, além de 78 berços na mesma categoria. A Unidade de Tratamento Intensivo oferece 30 leitos especializados para adultos: 10 de CTI Geral, 10 de CTI Coronariano e 10 de CTI Neonatal. Os apartamentos destinados à internação particular e a convênios perfazem 80. E na maternidade, são oferecidos 31 leitos para atendimentos aos pacientes do SUS e 19 são destinados aos convênios e aos atendimentos particulares. Essa especialidade tem buscado qualidade e humanização nos atendimentos e tem incentivado o aleitamento materno e a redução da mortalidade infantil, causa da certificação do Hospital que recebeu o título de “Amigo da Criança”. (PESQUISA DIRETA, 2012; ARQUIVOS DA SANTA CASA DE MONTES CLAROS, 2012; CNESNET – MÓDULO HOSPITALAR DE LEITOS, 2012).

Em 2012, a Santa Casa de Montes Claros comemorou seus 140 anos (1872 -2012) em plena modernização (figura 15). Estabeleceu-se para essa comemoração o seguinte *slogan*: “Tecnologia para a Vida”, quando essa casa de saúde foi o primeiro hospital da região que recebeu o Certificado de Acreditação Hospitalar (nível 1) e no mesmo ano conquistou o Certificado Hospital Acreditado Pleno (nível 2), concedidos pela Organização Nacional de Acreditação - ONA e Ministério da Saúde.

É o único Hospital do Norte de Minas, até o ano de 2012, credenciado pelo Ministério da Saúde na realização de transplantes de rins, córnea e recentemente de fígado. Incorporou-se ao serviço intra-hospitalar da Central de Notificação, Captação e Doação de Órgãos - regional Norte, Nordeste de Minas Gerais - CNCDO, responsável pela identificação e viabilização dos potenciais doadores de órgãos e também na expansão qualitativa e quantitativa do recebimento das ofertas.

No que concerne ao setor de hemodinâmica, são realizados exames diagnósticos e de intervenções terapêuticas para diversas doenças, além de exames cardiológicos

(cateterismo e angioplastia), exames de arteriografia cerebral, renal, de membros superiores, inferiores e mesentérica. É exclusivo na Região Ampliada de Saúde Norte na prestação de serviços para ultrassonografia intracoronariana - IVUS. A Santa Casa é habilitada nacionalmente pelo Ministério da Saúde para atendimentos aos serviços necessários aos cidadãos acometidos por enfermidades originadas pelo câncer no país. (PESQUISA DIRETA; ARQUIVOS DA SANTA CASA DE MONTES CLAROS, 2012).

Figura 15: Fases de modernização da Santa Casa nos anos de 1977-2012



Fonte: ARQUIVO HISTÓRICO DOS 140 ANOS DA SANTA CASA

O serviço de imagem da Santa Casa tem oferecido exames na área de radiologia, ultrassonografia, mamografia, tomografia e, em 2012, inaugurou a primeira ressonância magnética exclusivamente pelo SUS para o norte de Minas. Em atendimento de urgência e emergência 24 horas, pelo SUS, no pronto-socorro atende às especialidades de: Cardiologia, Neurologia, Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Ginecologia, Obstetrícia e Ortopedia.

Desde 2009, o Hospital opera com êxito o processo de Classificação de Risco – Protocolo de Manchester - e utiliza o software AlertEdis, que informatiza e agiliza com precisão os processos clínicos dos pacientes em estado grave, além do serviço de pronto-atendimento 24 horas para os clientes do Plano de Saúde Santa Casa

Família. As internações pelo SUS são incorporadas ao Programa da Secretaria de Saúde do estado de Minas Gerais, sistema SUS Fácil.

Entre os principais serviços prestados pelo Hospital à população norte-mineira, particulares e pelo SUS, destacam-se: os Oncológicos e os de Radioterapia; Fisioterapia; Nefrologia; Cardiológicos; Oftalmológicos; Laboratoriais. O quadro 07 (ANEXO V) vem expor essas modalidades, os objetivos, tipologias e número de profissionais e de exames que foram realizados no ano de 2012.

Quanto às técnicas modernas de radioterapia conformacional e por modulação de intensidade de feixe - IMRT, além da radioterapia guiada por imagem - IGRT, radioterapia estereotáxica, radiocirurgia e braquiterapia de alta taxa de dose, a Santa Casa executa esses serviços especializados através da Clínica RADIALIS, com atendimentos exclusivamente pelo SUS.

Para realizar todo o serviço proposto até o momento por esse conceituado hospital, o maior na prestação de serviços em todas as modalidades do Norte de Minas, a Santa Casa dispõe de um número significativo de profissionais médicos especializados, o que, segundo a administração, ainda não é suficiente para a demanda e perfazem o total de 281 (ANEXO II). No ANEXO III (quadro 09), pode ser observado que os outros profissionais especialistas da saúde perfazem um total de 810 e, no ANEXO IV (quadro 10), está demonstrado o total das outras funções administrativas e dos serviços gerais que perfazem 328 funcionários. Os indicadores do ANEXO V, segundo a área administrativa do Hospital, também não atendem a demanda, todavia a gestão atual tem se esforçado em buscar autossuficiência em todas as áreas acima citadas. (PESQUISA DIRETA, 2012; ARQUIVOS DA SANTA CASA DE MONTES CLAROS, 2012).

4.1.2 Sanatório Santa Terezinha: um marco na saúde em Montes Claros até 1971

Em 1931, Doutor Filomeno Ribeiro dos Santos propôs à população da cidade a instalação de um novo hospital que atendesse a demanda de saúde regional, especialmente a dos pobres, e que possuísse um melhor aparato tecnológico e oportunizasse trabalho aos médicos recém-formados oriundos da cidade e região, muito carentes destes serviços. Construído na rua Dr. Veloso, em terreno do Sr. Mário Veloso e inaugurado em 05 de julho de 1932, o sanatório contou, no período da edificação, com auxílio do povo, que emprestava o dinheiro necessário e também com a doação de D. Zinha Prates e D. Julieta Maia, que disponibilizaram uma parte de terra da fazenda Campo Alegre, além da contribuição da viúva Ribeiro com a importância de 50 contos, em um gesto filantrópico e de confiança. (PAULA, 1979, p. 253-258).

Esse sanatório era composto por sala de esterilização, pavilhão de cirurgia, gabinetes de microscopia clínica, histologia patológica, eletricidade médica, vestiários e consultórios, além de apartamentos, refeitórios, salas de banho, instalações sanitárias, cozinha, copa e arsenal. A estrutura implantada logo foi ampliada com o acréscimo de 02 enfermarias para indigentes da clínica cirúrgica. (RELATÓRIO GESTÃO PMMC, 2011).

O sanatório era organizado por uma sociedade inicialmente de 07 médicos: Plínio Ribeiro, Alfeu de Quadros, José Marques, Antônio Pimenta, Levi Lafetá, Antônio Augusto Veloso e o líder deles, o Dr. Santos. (RELATÓRIO GESTÃO PMMC, 2011).

Segundo Paula (1979, p. 256), quando descreve sobre o discurso de Dr. Antônio Teixeira de Carvalho, prefeito municipal da cidade, relata que “avançar sempre e recuar nunca (...) a fundação deste Sanatório de proporções tão grandiosas não nos moveu a vaidosa presunção de transformar essa cidade em Meca da medicina sertaneja”.

O Santa Terezinha possuía o aparelhamento necessário para tratamento de doença clínica, médica e cirúrgica, havia, inclusive, um aparelho de indutotermia, para tratamento por ondas curtas, com adaptação para eletrocirurgia e um gabinete de radiologia. Na seção de fisioterapia, havia aparelhos de ultravioleta, infravermelho e ondas curtas. Possuía ainda duas salas cirúrgicas com mesas de operação, mesas auxiliares, focos de iluminação, autoclave, armários para material cirúrgico e esterilizadores. No período de 1947-1949 foram realizadas 311 operações sem mortalidades operatórias nas mais diversas áreas cirúrgicas da época. Em período posterior, passou a ser denominado de Hospital Santa Terezinha.

Em 1971, esse Hospital passou a pertencer à sociedade médica da Pronto-Clínica São Lucas, no qual se instalaram os serviços de pronto-socorro e ortopedia. (figura 16). Posteriormente, essa sociedade médica foi incorporada a Fundação de Saúde do Hospital Dilson de Quadros Godinho, nos contextos físicos e humanos. (PESQUISA DIRETA, 2012; ARQUIVOS DA FUNDAÇÃO DILSON GODINHO, 2012). Ressalta-se a importância dos relevantes serviços prestados pelo Hospital Santa Terezinha à saúde do Norte de Minas que sequentemente prosseguiram como Pronto-Clínica São Lucas e atualmente Hospital Dilson Godinho.

Figura 16: Vista Panorâmica do Hospital Santa Terezinha



Fonte: ARQUIVOS DIGITAIS DA RÁDIO MONTES CLAROS 98 FM.

4.1.3 Ontem - Centro de Saúde Montes Claros. Hoje - Policlínica Hermes de Paula

Em 1927, pelo Decreto 8.116, “o Presidente do Estado de Minas Gerais, Antônio Carlos Ribeiro Andrada, [...] resolve criar uma Delegacia Distrital de Higiene com sede em Montes Claros”, que somente em 1932 foi elevada para a categoria de Centro de Saúde, sob a chefia de Dr. Valdemar Versiani dos Anjos. No ano seguinte, ou seja, em 1933, esse centro inaugurou um “serviço antirrábico” que beneficiou toda zona norte-mineira. Posteriormente, os gestores do centro investiram nos assuntos sanitários, como, por exemplo, na moléstia de Chagas, exigindo, nas casas comerciais, a instalação de “privadas sanitárias” (vasos sanitários). Os gestores ainda remodelaram açougues e fundaram, com colaboração da Prefeitura, um “lactário”. Em 1935, de acordo com Paula (1979, p. 217), em 15 de junho desse ano, a Gazeta publicou uma sátira sobre as privadas sanitárias:

> “As latrinas exigidas pelo Centro de Saúde são perigosas, pois é insuportável o mau cheiro exalado das mesmas. O prefeito assinou um decreto nomeando Joaquim Antônio Alves, coveiro do cemitério”.
> [...]”Corre risco muita gente
> Pois na latrina exigida
> Ninguém tolera o mau cheiro
> Vendo nisso uma loucura,
> Previdente, a Prefeitura
> Nomeou mais um coveiro”.

Em 1936, com a nomeação de Dr. Levi Lafetá para chefe do Centro, houve incremento substancial “à assistência à infância”. Reabriu-se o lactário, instalou um gabinete dentário escolar, que prestou excelente serviço aos infantes da cidade. Em 1939, essa instituição ficou “assoberbada de serviço [...] a cidade se encheu de flagelados do Nordeste. Só contra a Varíola e Febre Tifoide foram vacinadas cerca de 45.000 pessoas”. No ano de 1943, foi construído um prédio com salas suficientes para comportar o Centro de Saúde e o lactário, quando o mesmo foi elevado à categoria de 5ª Delegacia Sanitária Regional de Montes Claros. Nesse centro, segundo o Relatório de Gestão da PMMC (2012, p.13), além do Gabinete Dentário, distribuíam-se merendas nas cantinas escolares.

Em 1954, Dr. Hermes Augusto de Paula assumiu como médico sanitarista a direção do centro, que, após a transformação da Fundação Norte Mineira de Ensino Superior em Universidade Estadual (1990), passou a ser gerenciado pela Universidade, quando esta o adequou para Policlínica Hermes de Paula, conhecida popularmente como Policlínica da Unimontes (figura 17).

A Universidade transformou a Policlínica em Centro de Atendimento ao Servidor da Unimontes – CASU, que oferece serviços médicos gratuitos a todos os servidores, técnico-administrativos e docentes, extensivo aos seus familiares. Em 2011 foram realizados 5.002 atendimentos nas especialidades de Clínica Médica e do Trabalho, Ginecologia, Pediatria, Psiquiatria e Psicologia, além de procedimentos odontológicos e de Higiene Bucal. A partir do ano de 2012, foi inserido ao Serviço de Saúde e Segurança do Trabalhador, acompanhamento nutricional e atividades físicas, através do "Programa Mudança de Hábito & Estilo de Vida". (RELATÓRIO DE GESTÃO/UNIMONTES, 2011).

Figura 17: Centro de Saúde de Montes Claros (ontem), Policlínica Hermes de Paula (hoje)



Fonte: ARQUIVOS DIGITAIS DA RÁDIO MONTES CLAROS 98 FM E SILVEIRA, 2012.

4.1.4 Do Sanatório para Tuberculosos ao Hospital Universitário Clemente de Farias

O Sanatório para Tuberculosos, inaugurado em 1955, foi construído pela comissão do Vale do São Francisco para ser o Hospital Regional, que atenderia a grande incidência de casos de tuberculose nos municípios regionais. (BRASIL, 1983, p.112). Na década de 1960, foi nomeado de Hospital Regional Clemente de Faria, com especialização em Tisiologia (estudo das causas, prevenção e tratamento da tuberculose), e propagou-se como Hospital Geral com atendimentos em diversas especialidades em clínica geral.

Nos anos de 1970 atendia pacientes de toda a região norte-mineira. Esse hospital pertencia à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG -, quando tentaram fazer a junção de um hospital psiquiátrico a um hospital geral. O Jornal do Norte, de 16 de fevereiro de 1982, registrou que esse hospital disponibilizava 10 leitos masculinos e 10 femininos para os pacientes do INPS, FUNRURAL, além dos particulares para os casos psiquiátricos. (JORNAL DO NORTE, 1982).

Em 1990, o hospital foi cedido à Universidade Estadual de Montes Claros, sendo denominado de Hospital Universitário Clemente de Faria que, a partir de 2003, criou a Residência em Psiquiatria, disponibilizando, através desse projeto, uma ala psiquiátrica para pacientes. A partir da cessão do referido Hospital para a Unimontes, ele foi transformado em hospital-escola, que atende a população do Norte de Minas, Vale do Jequitinhonha e Sul da Bahia. (MACHADO, 2009, p. 65-66).

O Hospital Universitário Clemente de Faria - HUCF é o único genuinamente público em Montes Claros. Sua área de abrangência é regional e a prestação de serviços é conhecida em toda a dimensão de serventia da Unimontes. Atende exclusivamente ao Sistema Único de Saúde - SUS -, priorizando a Atenção Primária; também é reconhecido nacional e internacionalmente como Hospital Amigo da Criança e

Hospital de Maternidade Segura. Em dezembro de 2006, foi contemplado com o prêmio Galba de Araújo[27] (RELATÓRIO DE GESTÃO/UNIMONTES, 2011).

De acordo com o relatório de gestão, o Hospital atendeu a 493.741 procedimentos hospitalares e ambulatoriais em 2011. Conta, em 2012, com 171 leitos hospitalares, 10 leitos HU em Casa, com uma equipe multiprofissional que presta assistência 24h/dia, em todos os dias da semana aos pacientes. O HUCF tem como principais referências o atendimento aos casos de tuberculoses; à gestante de alto risco; aos casos de mordeduras de cães, gatos e outros animais; aos acidentes causados por animais peçonhentos; aos portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DSTs; às vítimas de violência sexual e intrafamiliar; aos pacientes com problemas mentais e também oferece atendimento em especialidades como pediatria, clínica médica e ginecologia/obstetrícia.

O Hospital dispõe de um Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, pelo qual esses idosos são atendidos nas suas fragilidades. O Programa Mais Vida, um dos projetos estruturadores da saúde em Minas Gerais, está sendo inserido nesse centro. Nas áreas de urgência e emergência, oferece serviços por intermédio da Unidade de Terapia Intensiva - UTI, Neonatal e Pediátrica, disponibilizando 12 leitos. Nos serviços da Unidade de Cuidados Intensivos – UCI, para adultos, oferece sete leitos e também serviços de pronto-socorro durante 24horas.

O Hospital possui ainda, na sua estrutura de serviços, o Centro Ambulatorial de Especialidades Tancredo Neves - CAETAN, que tem como objetivo o ensino e a prestação de serviços por intermédio de pequenas cirurgias e consultas nas diversas especialidades médicas (financiado 100% pelo SUS). Esse Centro é referência no atendimento ambulatorial em pré-natal de alto risco, atendimento integral aos

[27] Instituído em 04 de junho de 1999, Portaria nº 2.883/GM, tem o objetivo de reconhecer e incentivar maternidades que se destaquem, não por sua estrutura física ou tecnológica, mas sim para que cada uma, dentro da sua realidade, apresente ideias, soluções e desenvolva práticas que busquem oferecer um atendimento seguro, acolhedor e humanizado às mulheres e aos recém-nascidos sob seus cuidados. O público-alvo que concorre a esse prêmio são estabelecimentos públicos e privados que prestam atendimento obstétrico e neonatal e integrem a rede do Sistema Único de Saúde – SUS. Podem participar todas as instituições de saúde que não tenham recebido anteriormente o Prêmio Galba de Araújo e que atendam aos requisitos do regulamento do prêmio. (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

portadores de *Human Immunodeficiency Vírus* (Vírus da Imunodeficiência Humana) – HIV e de doenças infectocontagiosas, especialmente a hepatite. À equipe de profissionais integram-se Psicólogos, Enfermeiros, Farmacêuticos, Nutricionistas e Odontólogos. No apoio são realizados exames de eletrocardiograma, eletroencefalograma, endoscopia digestiva, fibrobroncoscopia, espirometria, exames laboratoriais de análises clínicas e anátomo-patológico, ultrassom, ecocardiograma, mamografia, exames radiológicos, densitometria óssea.

O complexo hospitalar do HUCF conta também com o laboratório de pesquisas de saúde bucal e leishmaniose, no âmbito dos cursos de mestrado e doutorado. Através da Lei Delegada nº 180/2011, o hospital foi contemplado com as diretorias de Enfermagem, Desenvolvimento Acadêmico, Controladoria, e Gerência de Qualidade.

Em Minas Gerais, foi o primeiro hospital a implantar a classificação de risco, com base no Protocolo de Manchester. Por ter a gestão universitária, tem procurado desenvolver ações que integrem o Ensino, a Pesquisa e Extensão na área da saúde, para tal, institucionalizou um Centro de Ensino Multiprofissional com infraestrutura para atender os alunos de mestrado e doutorado, bem como contemplar as atividades de Residência Médica em Cirurgia, Anestesiologia, Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Multiprofissional (cirurgião-dentista, médico e enfermeiro), Otorrinolaringologia e Psiquiatria.

São muitos os projetos desenvolvidos nos diversos cursos da Universidade em prol do crescimento e desenvolvimento da qualidade dos serviços prestados ao Norte de Minas (figura 18). Entre os projetos implantados, são destacados alguns daqueles que trazem, no contexto, conexões diretas ou indiretas com a Atenção Básica à Saúde, todos inseridos nos projetos da Pró-Reitoria de Extensão/Unimontes, citados conforme seus objetivos no ANEXO VI (quadro 11).

Figura 18: Hospital Universitário Clemente de Farias- HUCF



Fonte: UNIMONTES, 2013

A Casa da Gestante, unidade anexa ao HUCF-Unimontes, será inaugurada no 2º semestre de 2013, a obra está em fase de acabamento e o processo licitatório para a aquisição do mobiliário, equipamentos e material permanente já foi providenciado. O financiamento da obra é de competência da Secretaria de Estado de Saúde em consonância com o Governo do Estado. Esta Casa tem como objetivo o acolhimento das mulheres com gravidez de alto risco, parturientes oriundas de Montes Claros e de diversos municípios do Norte de Minas – até do Sul da Bahia. A proposta do HUCF é oportunizar "uma assistência de maior qualidade, condizente com o grau de risco obstétrico diagnosticado e reduzindo a ocupação e a taxa de permanência hospitalar". Na unidade, as gestantes passarão por uma avaliação clínica e acompanhamento no trabalho de pré-parto, assistidas por equipe multiprofissional da maternidade do Hospital, onde serão atendidas 10 gestantes simultaneamente**.** Na figura 19 pode ser observada a vista parcial da estrutura construída para abrigar a Casa da Gestante.

Figura 19: Casa da Gestante do HUCF



Fonte: UNIMONTES, 2013.

4.1.5 Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador Região de Saúde Montes Claros/Bocaiuva - Cerest

O Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador Região de Saúde Montes Claros/Bocaiuva – Cerest (figura 20), foi instituído através da Portaria nº 102, de 25 de novembro de 2008, oriunda do Governo Federal – Secretaria de Vigilância em Saúde, a qual habilitou os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador no estado de Minas Gerais. Em conformidade com a senhora Maria Paula Prates Andrade[28], coordenadora deste Centro, o Cerest é uma unidade do SUS, especializada na atenção a problemas de saúde relacionados ao trabalho e tem como principal objetivo a prevenção de acidentes e doenças relacionados com essa atividade. Em Minas Gerais existem 17 CERESTs regionais e um CEREST Estadual, todos desempenhando função de suporte técnico, educação permanente, coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde do trabalhador, além de articularem no Estado toda a rede SUS. Entre os propósitos a que servem destacam-se a identificação e medidas de intervenção nos problemas de saúde dos trabalhadores; acolhimento, atendimento e encaminhamento

[28] A coordenadora permitiu citar o nome, pois o material foi produzido pela mesma.

necessários aos mesmos; notificações de agravos relacionados ao trabalho e investigação dos acidentes ocorridos. (ANDRADE, 2012).

Figura 20: Casa de Referência Regional em Saúde do Trabalhador



Fonte: ANDRADE, 2012.

São atendidos no Cerest todos os trabalhadores com ou sem carteira assinada, também os afastados do trabalho, aqueles desempregados e aposentados dos mercados formal e informal. Entre as medidas de encaminhamentos, são referências para este Centro, as Unidades Básicas de Saúde via ESFs, os Centros de Saúde, as Unidades de Pronto Atendimento dos hospitais, assim como o Instituto Nacional de Seguro Social – INSS e o Ministério do Trabalho. O Cerest atende a todos os municípios da Região de Saúde Montes Claros/Bocaiuva. (ANDRADE, 2012).

O Cerest Montes Claros/Bocaiúva atende a onze municípios (vide mapa 13 que refere a essa região), principalmente nas questões preventivas, as quais vêm promover sustentabilidade e base nas campanhas voltadas à melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores (ANDRADE, 2012). São onze tipos de agravos e nove

notificações de responsabilidade do Cerest, entre elas as mais comuns são os acidentes de trânsito, doenças ocupacionais relacionadas ao trabalho, acidentes com materiais biológicos (uma especificidade dos trabalhadores da área da saúde), intoxicações exógenas e pneumoconioses. Em 2013, o Cerest ganhou espaço em outro segmento, o de vigilância do ambiente de trabalho, com visitas técnicas às empresas, para educar e instruir no que compete a esse Centro (ASCOM, 2013).

4.1.6 Da Pronto-Clínica São Lucas ao Hospital Dilson Godinho

Em 1964, a Pronto-Clínica São Lucas foi instalada inicialmente na parte central da cidade, por um grupo de 07 jovens médicos especializados em clínica e cirurgia geral. Em 1971, houve condições de oferecer atendimentos em ortopedia e pronto-socorro. Em 1975, foi transferido para sua sede própria onde atendia inicialmente a comunidade montes-clarense e região. Na parte clínica, foi o primeiro hospital da cidade a oferecer os serviços de um Centro de Terapia Intensivo – CTI - e serviços de radioterapias, além de 07 salas de cirurgia e recuperação, 02 de obstetrícia, 01 de fisioterapia, outra de eletrocardiografia. No ano de 1979, de acordo com o Relatório de Gestão PMMC (2011, p. 13), o hospital possuía 84 leitos, 40 médicos e 200 funcionários. Em 2012, a capacidade de leitos foi para 118, sendo 91 deles disponibilizados ao SUS, ou seja, 77,1%. (DATASUS, 2012). Dispondo de corpo técnico-administrativo composto de 199 profissionais do SUS e 03 não SUS, distribuídos em 27 especialidades, além de 261 funcionários nas funções necessárias para o quadro de prestação de serviços (DATASUS, 2012), atendendo uma média de 160 pacientes/dia (PESQUISA DIRETA, 2012; ARQUIVOS DA FUNDAÇÃO DILSON GODINHO, 2012).

A Fundação de Saúde Dilson de Quadros Godinho teve início em 1995 com o objetivo de prestar assistência integral à saúde através dos serviços a todos que a procurarem, sem qualquer restrição ao cidadão, especialmente nas áreas de Oncologia e Nefrologia, além de cooperar na promoção da saúde comunitária e medicina preventiva. Em 2006, essa fundação assumiu os serviços de saúde do Hospital Pronto-Clínica São Lucas -, sendo nomeado a partir dessa data de Hospital

Dilson Godinho. (PESQUISA DIRETA, 2012; ARQUIVOS DA FUNDAÇÃO DILSON GODINHO, 2012). Na figura 21, podem ser visualizadas fotos da Casa de Apoio Doutor Pedro Santos e a vista parcial do Hospital Dilson Godinho.

Figura 21: Casa de Apoio Doutor Pedro Santos (acima) e vista Panorâmica do Hospital Dilson Godinho (abaixo).



Fonte: ARQUIVOS DO HOSPITAL DILSON DE QUADROS, 2012.

A referida Fundação tem executado a partir do ano de 2011, programas assistenciais e sócio-humanitários com a participação voluntária de profissionais das áreas. Entre os serviços prestados, destaca-se a Casa de Apoio Doutor Pedro Santos, instituída em 2006 com o objetivo de apoiar pacientes com distúrbios renais crônicos, portadores de anemia falciforme e oncológicos, no período do tratamento ambulatorial. A Casa tem capacidade de atender vinte pessoas diariamente. Durante esse período, os pacientes são atendidos com atividades diversas em terapia

ocupacional, assistência social e psicológica, além de haver refeições e acomodações para os doentes e seus acompanhantes. (PESQUISA DIRETA, 2012; ARQUIVOS DA FUNDAÇÃO DILSON GODINHO, 2012).

Outro projeto importante da Fundação é o “Mãos que Cuidam- Cuidados Paliativos aos Pacientes Oncológicos” que presta assistência humanizada aos enfermos que não possuem possibilidades terapêuticas no controle dos sintomas da enfermidade e que não têm apoio da família. Outra iniciativa é o Projeto solidário de assistência social “Anjos do Futuro” que, no voluntariado, atendem os pacientes em tratamento com kits de higiene pessoal, roupas, protetor solar, cestas básicas e empréstimo de cadeiras de rodas e de banho. Atendem, ainda, pacientes e crianças hospitalizadas com trabalhos psicopedagógicos, com palestras de cunho preventivo, direitos do cidadão, oficinas de artes, entre outros. Entre as novas metas do projeto, uma delas é a de adquirir uma máquina para confecção de fraldas geriátricas, um transporte para pacientes e aquisição de um espaço mais amplo para os atendimentos. Esses projetos recebem doações voluntárias oriundas da iniciativa privada de pessoas físicas e/ou jurídicas, além de verbas específicas de fundos assistenciais em níveis federais, estaduais e municipais.

Em outubro de 2012, a Fundação de Saúde Dilson de Quadros Godinho lançou o Grupo de Atenção à Mama, o PROMAMA, através do Núcleo de Cirurgia Mamária, que possui uma equipe técnica multiprofissional, com atuação de: Mastologistas, Oncologistas, Radioterapeutas, Radiologistas, Patologistas, Psicólogos, Fisioterapeutas, Enfermeiros e Cirurgiões Plásticos, que atendem às usuárias do SUS e de outros convênios. Segundo o hospital, em 2013 será disponibilizado à população usuária do sistema de saúde um Laboratório de Imunogenética do Câncer, o único do interior de Minas e do sul da Bahia. (PESQUISA DIRETA, 2012; ARQUIVOS DA FUNDAÇÃO DILSON GODINHO, 2012).

O hospital é referência em casos de Média e Alta Complexidade e também no tratamento de câncer, priorizando os municípios do norte, noroeste e nordeste do estado de Minas Gerais, além dos estados do Sul da Bahia, áreas que apresentam índices socioeconômicos, principalmente o Índice de Desenvolvimento Humano

(IDH) e o coeficiente de GINI[29], baixos. Atende à saúde privada através de convênios em especial, pelo Plano de Saúde São Lucas. (PESQUISA DIRETA, 2012; ARQUIVOS DA FUNDAÇÃO DILSON GODINHO, 2012).

A Instituição presta serviços de Alta Complexidade em variadas especialidades:

a) Unidade de Terapia Intensiva - Adulto- Tipo II (Ministério da Saúde);

b) Unidade de Assistência Cardiovascular, Vascular e Procedimentos da Cardiologia Intervencionista;

c) Unidade de Terapia Nutricional e Oncológica- UNACON I. Essa unidade disponibiliza os serviços de Quimioterapia, Radioterapia, Cirurgia Oncológica e Hematológica. Em 2012, se habilitou para realizar procedimentos de Implante Codear. (PESQUISA DIRETA, 2012; ARQUIVOS DA FUNDAÇÃO DILSON GODINHO, 2012).

d) O Hospital atende a 27 especialidades médicas, contando com 13 Anestesiologistas, 04 Angiologistas, 06 Cancerologistas, 07 Cardiologistas, 01 Cirurgião Cardiovascular, 01 de Aparelho Digestivo, 05 Cirurgiões Gerais, 02 Cirurgiões Plásticos, 01 Cirurgião Toráxico, 23 Clínicos Médicos, 01 Dermatologista, 01 Endocrinologista, 03 Ginecologistas e Obstetras, 01 Hematologista e Hemoterapêutico, 01 de Medicina Intensiva, 02 Mastologistas, 02 Nefrologistas, 01 Neurocirurgião, 05 Neurologistas, 03 Ortopedistas e Traumatologistas, 03 Otorrinolaringologistas, 09 Pediatras, 02 Reumatologistas e Urologistas, 02 Radioterapeutas e 05 especialistas em Radiologia e Diagnóstico por Imagem (1.000 mamografias por mês). (PESQUISA DIRETA, 2012; ARQUIVOS DA FUNDAÇÃO DILSON GODINHO, 2012). O quadro 12 expõe a estimativa dos principais serviços e respectivos atendimentos nos anos de 2011/2012.

[29] Desenvolvido pelo matemático italiano CorradoGini, o Coeficiente de GINI é um parâmetro internacional usado para medir a desigualdade de distribuição de renda entre os países.(CUT, 2012)

Quadro 12: Principais Serviços, Modalidades e Atendimentos - Hospital Dilson Godinho

Cardiologia	Marca-passo; Cirurgia Cardíaca- CRVM	306 atendimentos/ano em 2011
Hemodinâmica	Cateteres para diagnósticos no coração, cérebro, rim, pernas, braços, aorta e seus ramos.	140 atendimentos/mês (70% dos usuários do SUS) em 2012
Nefrologia e Diálise	Diagnóstico, tratamento clínico e preventivo das doenças do Sistema Urinário	Em Montes Claros – MG, 435 atendimentos/mês Em Salinas- MG, 60 atendimentos/mês em 2012
Oncologia	Neurocirurgia; cirurgia de cabeça, pescoço e torácica; grupo do esôfago, estômago e duodeno; grupo do pâncreas, fígado e vias biliares; grupo de cólon e reto; grupo de tumores de pele e extremidades; urologia; ginecologia oncológica; ortopedia e mastologia.	Infantil: 150 atendimentos/mês. Quimioterapia: 5.000 atendimentos/mês Consultas: 4.000 por ano 1.347 internações em 2011 750 internações em 2012
Radioterapia	Radiação para tratamento de tumores	11.500 atendimentos pelo SUS em 2011

Fonte: DATASUS E ARQUIVOS DA FUNDAÇÃO DILSON GODINHO, 2012.

4.1.7 Hospital Pronto-Socorro do Coração - PRONTOCOR: o primeiro passo para a saúde do coração em Montes Claros

Especializado em serviços do coração, foi instalado no centro da Cidade de Montes Claros no ano de 1972, por três médicos especialistas da área. O Hospital Pronto Socorro do Coração tem a finalidade de proporcionar maior conforto aos portadores de deficiência cardíaca. (PAULA, 1979 p. 259). Atualmente, em sede própria, ampliou os serviços disponibilizados através de 45 profissionais especialistas em: Alergia e Imunologia, Anestesiologia, Angiologia, Cancerologia, Cardiologia, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia da Mão, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Clínica Médica, Coloproctologia, Dermatologia, Endocrinologia, Endoscopia, Gastroenterologia, Genética Médica, Geriatria, Ginecologia e Obstetrícia, Hematologia e Hemoterapia, Homeopatia, Infectologia, Mastologia,

Medicina Física e Reabilitação, Medicina Intensiva, Medicina Nuclear, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Nutrologia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Patologia, Patologia Clínico/Medicina Laboratorial, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Radioterapia, Reumatologia, Urologia. (PRONTOCOR, 2012).

O hospital apresenta 08 leitos adultos na Unidade de Tratamento Intensivo - UTI - Tipo II (PORTARIA N° 561 de 15/06/2012- MINISTÉRIO DA SAÚDE) e deverá disponibilizar mais três leitos adultos até 2014, conforme DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 1.160, DE 20 DE JUNHO DE 2012. De acordo com informações do DATASUS (2012), o hospital atende aos casos de Média Complexidade Ambulatorial, Hospitalar e de Urgência, nas modalidades privadas e públicas, com 110 médicos e 63 funcionários na área da saúde. Disponibiliza aos usuários 20 leitos, destes 10 para atendimentos ao SUS e 17 instalações físicas para Assistência. Na figura 22, é perceptível a vista parcial do Hospital e seu símbolo comercial como único hospital especializado da cidade.

Figura 22: Símbolo do Prontocor e vista parcial do Hospital.



Fonte: ARQUIVOS DO PRONTOCOR, 2012.

4.1.8 De Casa de Saúde Santa Catarina a Clínica Psiquiátrica de Repouso PRONTOMENTE

Com o objetivo inicial de criar uma clínica de repouso e tratamento neuropsiquiátrico, foi fundada pelo psiquiatra norte-mineiro, Doutor Áflio Mendes de Aguiar, a Casa de Saúde Santa Catarina em Montes Claros. (PAULA, 1979, p. 259). O Jornal Gazeta do Norte, de 11 de junho de 1950, divulgou matéria sobre o acontecimento, intitulada de “Assistência Psiquiátrica em Montes Claros” segundo a qual o Hospital Psiquiátrico para o Norte de Minas foi instalado para atender aos “problemas dos loucos da cidade”. A matéria ainda tratava da demanda de um hospício regional, devido ao desenvolvimento que ocorria no Norte do Estado nesse período. A casa de saúde ficava próxima à região periférica, a leste da cidade de Montes Claros. (In: MACHADO, 2009, p.53,54).

Após o afastamento do seu idealizador, em 1954, médicos psiquiatras assumiram a instituição e, em 30 de dezembro de 1974, de acordo com registros no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas da Receita Federal, a instituição de saúde passou a ser denominada de Hospital PRONTOMENTE (figura 23). A obra foi financiada com o apoio do governo mineiro e governos federal e municipal. Conforme o Jornal “O Diário de Montes Claros” de 26 de maio de 1988, a referida Casa de Saúde tinha como objetivo realizar atendimento de urgência psiquiátrica, alcoolismo, doenças nervosas e funcionar como clínica de repouso com assistência 24 horas. (JORNAL O DIÁRIO DE MONTES CLAROS de 26 de maio 1988).

O “Jornal Hoje em Dia - Seção Minas”, de 18 maio de 2008, divulgou notícia de que o PRONTOMENTE foi descredenciado pelo SUS, por não cumprir as exigências básicas para um hospital psiquiátrico, o que foi revogado por meio do Termo de Ajustamento de Conduta Judicial para que o mesmo continuasse funcionando, temendo riscos danosos aos pacientes. Diante da emergência, o SUS passou a pagar 60 leitos por mês, para que atendesse aos casos encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde. (JORNAL HOJE EM DIA, 18 de maio 2008). Em 2012, o hospital passa a ser denominado Clínica Psiquiátrica de Repouso

PRONTOMENTE e mantém especialistas em Clínica Médica e Psiquiátrica, através de 05 médicos especialistas e 27 profissionais nas áreas necessárias aos seus serviços. (DATASUS, 2012).

Figura 23: Vista Parcial do Hospital PRONTOMENTE



Fonte: ARQUIVOS DO PRONTOMENTE, 2012.

Atende aos casos de Média Complexidade, do Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia – SADT, Ambulatorial e de Internação nas modalidades particular e SUS. No que refere à clínica geral, existem 10 leitos, todos destinados ao SUS; na especialidade psiquiatria, também possui 110 leitos, 55 desses disponibilizados para o SUS.

Em entrevista concedida pelo psiquiatra Dr. Klênio Fagundes ao “Jornal O Norte”, do dia 15/04/2010, sobre o PRONTOMENTE e serviços disponibilizados, o médico informou que:

> A assistência primária na saúde mental nos Caps é de suma importância. Diariamente, são atendidos em média sessenta pacientes no PRONTOMENTE, sendo 50% de Montes Claros e o restante do Norte de Minas. A unidade conta com 65 profissionais, sendo três psiquiatras, um clínico geral, um psicólogo, quatro enfermeiros de nível superior, um nutricionista, uma professora de Artes que trabalha terapia ocupacional, um assistente social, um farmacêutico e seis médicos plantonistas, além de quarenta funcionários que contribuem na prestação dos serviços do hospital. São 60 leitos, 30 femininos e 30 masculinos.

Esse hospital tem sido muito importante no que tange aos serviços de atenção à saúde psiquiátrica, para a cidade e região. Apesar de ter capacidade para receber 90 pacientes e prestar serviços singulares à RAS Norte, tem passado por dificuldades administrativas e financeiras.

4.1.9 De Hospital São Vicente para Hospital Aroldo Tourinho

Construído e adquirido pela Prefeitura Municipal de Montes Claros em 1975, com o nome de Hospital São Vicente, este tinha a finalidade de atender às carências em saúde da população menos favorecida. Devido a dificuldades administrativas, foi repassado posteriormente, em 1987, para a Fundação Hospitalar de Montes Claros, nominado de Hospital Municipal Montes Claros e atualmente Hospital Aroldo Tourinho. É uma entidade civil, privada e de fins filantrópicos, com objetivo de prestar assistência integral à saúde dos seus usuários sem distinção em qualquer aspecto. Hoje é considerado como Hospital de Referência, que atende a mais de 100 municípios em uma área de 1.500.000 habitantes, abrangendo desde o sul da Bahia até o norte de Minas. (PESQUISA DIRETA; ARQUIVO DO AROLDO TOURINHO, 2012).

Em 1993, a Fundação Rotariana e empresas da cidade, lideradas pelo grupo Matsulfur, destinaram dotações orçamentárias para o referido Hospital com o intuito de nele instalar um projeto de assistência materno-infantil e o primeiro Banco de Leite Humano da região. *A posteriori*, em 2000, o governo mineiro, intermediado pelo Projeto Nordeste, liberou recursos para a saúde dessa instituição. Nesse mesmo ano, foi implantada a Unidade de Terapia Intensiva – UTI - com 10 leitos e, em 2003, passou a oferecer serviços de Neurocirurgia Nível II, também incluído no Programa de Fortalecimento dos Hospitais de Minas Gerais – Pró-Hosp -, que investiu, custeou, capacitou em pós-graduação a gestão do hospital, fato que induziu o desenvolvimento do Plano Diretor da instituição no quadriênio 2004/2008. (PESQUISA DIRETA, ARQUIVO DO AROLDO TOURINHO, 2012).

Em 2004, dentro das metas propostas para o quadriênio, foi implantado o Grupo de Trabalho e Humanização do Aroldo Tourinho – GTH, que desencadeou o convênio *Samaritan's Purse*. Essa ONG atua em mais de 100 países em rede de solidariedade com participação de estudantes médicos dos Estados Unidos e Canadá, atendendo as crianças carentes. Durante os atendimentos, foram entregues a crianças da região de 02 a 14 anos mais de 13.000 kits.

Esse hospital foi credenciado em 2005 no SUS, para os procedimentos cirúrgicos do coração de Alta Complexidade e também outros intervencionistas. Fato que estimulou especializações dos seus profissionais na área cardíaca, além da residência médica. A instituição tem trabalhado com convênios públicos e privados, procurando expandir e modernizar suas instalações e equipamentos tecnológicos. Hoje possui um equipado sistema de Pronto-atendimento, Clínicas de Internação, Maternidade, Pediatria, Oncologia e Cirurgia Bariátrica.

No ano de 2009, foram implantados o Protocolo de Manchester no Pronto-socorro, o Sistema de Gestão Hospitalar SPData e o Heliporto, que capacitou a entidade para o recebimento de Urgência e Emergência, por via aérea, devido ao Centro de Terapia Coronariana.

A estrutura do Hospital, que anteriormente ocupava somente 1.600 m², devido às necessidades de ampliação, passou para 11.500 m². Em 2012, estão em funcionamento 40 Clínicas Médicas, Unidades de Serviços Assistenciais nos quais estão alocados 59 estagiários, 32 profissionais bacharéis; além de haver 201 leitos, 227 médicos especialistas em áreas específicas da saúde - entre eles há nutricionistas, bioquímicos, farmacêuticos, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais. O número de funcionários dessa Casa de Saúde perfaz um total de 563 profissionais. Na figura 24, observa-se a atual estrutura física do Hospital Aroldo Tourinho, dentro de um novo sistema de modernização. (PESQUISA DIRETA; ARQUIVO DO AROLDO TOURINHO, 2012; DATASUS, 2012).

Figura 24: Vista Panorâmica do Hospital Aroldo Tourinho



Fonte: ARQUIVOS DO HOSPITAL AROLDO TOURINHO, 2012.

4.1.10 Centro Executivo Regional de Saúde - CRS

Foi criado em 1968 e com funcionamento em sede própria a partir de 1975, quando o Projeto Montes Claros obteve recursos financeiros para investimentos regionais no setor de saúde, através de Convênio Internacional firmado com a USAID. Inicialmente o prédio construído oferecia condições de trabalho para 70 funcionários. Em Montes Claros, o CRS implantou 15 unidades de saúde (08 nos distritos, 06 nos bairros, 01 no centro da cidade), além de implantar um laboratório regional e vários convênios hospitalares. Em 1978, o CRS dirigia os serviços de saúde de 47 municípios do norte de Minas. (PAULA, 1979, p.218).

Esse Centro estava inserido na pasta da Secretaria Saúde e Assistência, posteriormente denominada de Secretaria de Estado de Saúde. A partir de 2005, o Centro Executivo Regional de Saúde passou a fazer parte da Superintendência Regional de Saúde, através das Gerências Regionais de Saúde (Resolução do Secretário de Estado de Saúde, nº 0811 de 30 de dezembro de 2005, com redação alterada pelo Decreto nº 44.155/2005). Na figura 25, apresentam-se vistas

panorâmicas da atual estrutura da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros.

Figura 25: Vista panorâmica da atual estrutura da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros



Fonte: SILVEIRA, 2012

As Gerências Regionais de Saúde têm o papel de programar as políticas estaduais de saúde no âmbito regional; assessorar e organizar serviços; coordenar, monitorar e avaliar atividades; promover articulações interinstitucionais; executar, implantar, monitorar e avaliar as ações de mobilização social na região, entre outras funções. (DECRETO Nº 44.155/2005). Presentemente, a Região Ampliada de Saúde Norte é composta de 86 municípios, distribuídos em 03 divisões:

a) Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros (53 Municípios);
b) Gerência Regional de Saúde de Januária (26 Municípios);
c) Gerência Regional de Saúde de Pirapora (07 Municípios).

Todas as Gerências Regionais, segundo a técnica em Atenção Primária da Superintendência Regional de Saúde em Montes Claros, entrevistada em 25 de outubro de 2012, são divididas em núcleos. São eles: de Gestão de Pessoas; de

Finanças e Prestação de Contas; de Epidemiologia; de Vigilância Sanitária; de Atenção Primária; de Rede de Atenção à Saúde; de Gestão Microrregional. As demais divisões e subdivisões são desmembramentos dos núcleos já citados. As organizações administrativas das gerências buscam também trabalhar dentro dos princípios organizativos, democráticos, equânimes e com participação da equipe técnica.

Por estar interligada ao sistema estadual, a SRS-Montes Claros trabalha diretamente apoiando os Serviços de Prontuários de Pacientes, além de manter os especializados em Vigilância em Saúde e Farmácia totalmente pelo SUS, atendendo a Clientela de Demanda Referenciada, Vigilância em Saúde e Atendimento Ambulatorial de alta complexidade.

Diante do exposto, percebe-se que o âmbito da saúde regional perpassa pela Superintendência e pelas Gerências Regionais, que se tornam imprescindíveis na interlocução do estado com os municípios no que se refere à implantação dos Programas de Políticas Estaduais de Saúde, bem como nas demais ações de que delas se derivam.

4.1.11 Hemocentro Regional de Montes Claros – Hemominas

Em Minas Gerais, Montes Claros foi um dos primeiros centros urbanos a receber um núcleo de hematologia e hemoterapia da Fundação Hemominas (figura 26), no ano de 1987, onde 11 funcionários atendiam a demanda transfusional do Hospital Clemente de Farias, hoje Hospital Universitário da Unimontes. Nesse período somente a Santa Casa e Hospital São Lucas possuíam um banco de sangue particular. Em 1992 foi ampliado tornando-se Hemocentro Regional do Norte de Minas, com atendimento em “complexidades que necessitam de hemocomponentes”, nos municípios: Bocaiuva, Brasília de Minas; Buritizeiro, Coração de Jesus; Espinosa; Francisco Sá; Grão Mogol; Itacarambi; Janaúba; Januária; Manga; Mirabela; Montalvânia; Monte Azul; Montes Claros; Pirapora; Porteirinha; Rio Pardo de Minas; Salinas; São Francisco; São João da Ponte; São

João do Paraíso; Taiobeiras; Urucuia; Várzea da Palma. Possui atualmente cerca de 150 colaboradores entre profissionais do quadro próprio e também terceirizados, contratados e estagiários, sendo responsável por 100% do atendimento que lhe compete à demanda pública e privada da macrorregião do norte de Minas. (HEMOCENTRO REGIONAL DE MONTES CLAROS, 2013).

Figura 26: Hemocentro Regional de Montes Claros



Fonte: HEMOMINAS, 2012.

Tem como objetivo coletar, processar, examinar e distribuir sangue e hemocomponentes de qualidade em quantidade suficiente para todo o norte de Minas e para os pacientes a nível ambulatorial, no que se refere a: concentrado de hemácias, plasma fresco, plaquetas e crio-precipitado. Nesse aspecto, para atender de forma satisfatória a demanda transfusional, coleta cerca de 1,5 mil bolsas de sangue mensalmente, as quais produzem próximo a 4 mil hemocomponentes. (HEMOCENTRO REGIONAL DE MONTES CLAROS, 2013).

Foi inaugurado recentemente a Brinquedoteca do Hemocentro Regional de Montes Claros, um espaço lúdico, de diversão e aprendizado, destinado a pacientes infanto-juvenis, atendendo a crianças de 0 a 14 anos em sua maioria falcêmicos e

hemofílicos, que recebem o acompanhamento de pedagoga especializada na área, além de estagiárias do curso de Pedagogia.

Devido à importância e amplitude dos serviços prestados, em 1993 foi inaugurado o Ambulatório de Hematologia e Hemoterapia do Hemocentro de Montes Claros, que tem atendido a demanda regional no que diz respeito aos “portadores de hemoglobinopatias (anemias congênitas) e coagulopatias (doenças de coagulação), como os portadores de anemia falciforme e os hemofílicos, atendendo atualmente cerca 1.087 pacientes cadastrados”, com uma média de 400 atendimentos mensais. Em 2001 firmou parceria com o Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea – REDOME, instituição interligada ao Instituto Nacional do Câncer – INCA, com “o trabalho de captação de doadores de medula óssea, mediante cadastramento e coleta de amostra para exame de histocompatibilidade” e atualmente conta com 10 mil doadores cadastrados. Em 2011, o Hemocentro cadastrou 22.306 candidatos à doação de sangue, sendo que apenas 17.362 foram aprovados na triagem clínica, dos quais 57% são homens e 43% mulheres, do total 3.200 são de outros municípios pertencentes à região. (HEMOCENTRO REGIONAL DE MONTES CLAROS, 2013).

Hoje, o Hemocentro está vinculado a 33 unidades hospitalares, com equipes multiprofissionais compostas por: médicos, enfermeiros, bioquímicos, biomédicos, captadores que são capacitados continuamente pela Fundação Hemominas. Estas unidades estão interligadas pelos Comitês Transfusionaisintra-hospitalares, uma exigência legal que objetiva a segurança transfusional dos usuários.(HEMOCENTRO REGIONAL DE MONTES CLAROS, 2013).

4.1.12 Presídio Regional de Montes Claros: assistência à saúde

O Presídio Regional de Montes Claros – PRMC tem capacidade para abrigar 592 detentos, entretanto, atualmente, acolhe 876 presos. A Unidade Prisional, localizada a nordeste da cidade, no bairro Jaraguá II, é interligada ao Sistema da Secretaria de

Estado de Defesa Social – SEDS. (figura 27)[30]. Nela os serviços de saúde são oferecidos por uma Unidade Básica de Saúde específica, pela qual são disponibilizados 01 médico clínico e 12 profissionais especializados: Assistente Social, Enfermeiro, Cirurgião Dentista, Clínico Geral, Psicólogo Clínico, Técnicos em Enfermagem e em Saúde Bucal, bem como outros auxiliares nos serviços de apoio necessários à saúde dos presos. No que tange à estrutura, a Casa de Detenção oferece 01 clínica básica e outra odontológica, 03 consultórios não médicos, 01 sala de cirurgia ambulatorial, 01 sala de curativo e outra de enfermagem. (DATASUS, 2012). O trabalho desenvolvido na área de saúde pela equipe multiprofissional tem sido considerado de relevância para os detentos, bem como à direção do presídio.

Figura 27: Vista panorâmica do PRMC



Fonte: DIRETORIA OPERACIONAL DO PRMC, 2012.

[30] A figura 27 foi cedida pela direção administrativa do Presídio Regional de Montes Claros.

4.1.13 Policlínica Ariosto Correia Machado: uma iniciativa municipal que deu certo

Localizada a sudeste da cidade de Montes Claros, no bairro Jardim Alvorada, e inaugurada em 2002, a Policlínica Ariosto Correia Machado atende unicamente pelo SUS em serviços ambulatoriais de atendimentos de demanda espontânea e referenciada. Essa policlínica conta com 07 clínicas em Cardiologia, Urologia, Geriatria, Ortopedia e Traumatologia, Pneumologia, Dermatologia, Neurologia, Nefrologia, Medicina do Trabalho e serviços especializados, além dos de apoio. Atualmente dispõe de 22 médicos e 17 auxiliares técnicos em saúde e administrativos (DATASUS, 2012). A figura 28 evidencia a boa estrutura da Policlínica totalmente de iniciativa municipal.

Figura 28: Vista panorâmica da Policlínica Ariosto Correia Machado



Fonte: SILVEIRA, 2012.

A Policlínica disponibiliza um Centro de Especialidades Odontológicas Básicas e procedimentos especiais como: Laboratório de Prótese Dentária e Pronto-socorro Infantil, Endodontia, Próteses, Cirurgias, Periodontia e atendimento a pacientes especiais em duas escolas municipais da área. Possui 02 gabinetes instalados em

uma unidade assistencial móvel que atende a zona rural e aos bairros periféricos da cidade. (RELATÓRIO GESTÃO, PMMC, 2011).

4.1.14 Hospital Municipal Dr. Alpheu Gonçalves de Quadros: uma referência para a Atenção Básica Local

Instalado em Montes Claros no ano de 2005 para suprir as deficiências de urgência e emergência do município através do SUS. Esse hospital atende ao nível ambulatorial de Atenção Básica, de Média e Alta Complexidade das demandas espontâneas e referenciadas. Totalmente conveniado pelo SUS, oferece serviços clínicos heterogêneos e tratamento odontológico em uma estrutura apropriada para o tipo de serviço proposto. Dispõe de um consultório odontológico, uma sala de acolhimento com classificação de risco, outra de atendimento ao paciente crítico/grave, sete salas para atendimentos diversos, duas salas de curativo e duas de pequena cirurgia. No que concerne aos serviços ambulatoriais, o hospital disponibiliza sete clínicas de tratos variados, uma de odontologia, duas de cirurgia ambulatorial, duas de curativos, duas de pequenas cirurgias e uma de serviços de enfermagem. (DATASUS, 2012).

Entre as especialidades, atende aos serviços médicos de Pediatria, Oftalmologia, Oncologia, Odontologia e de urgência e emergência, além de atendimentos às gestantes de alto risco e, ainda, mantém a realização de pequenas cirurgias, de exames de alta complexidade, como ultrassonografia, risco cirúrgico, biopsias e raios-X. Em 2009, foi inaugurado, e está em pleno funcionamento, o pronto-socorro odontológico do hospital especializado no tratamento odontológico e de câncer bucal. Também conta com o serviço especializado de odontopediatria para crianças de até 05 anos, encaminhadas pelas escolas, por centros de saúde e pelo Programa Saúde da Família (HOSPITAL ALPHEU DE QUADROS, 2012). A figura 29 mostra a vista parcial da entrada do hospital.

Figura 29: Vistas Parciais do Hospital Municipal Alpheu de Quadros



Fonte: ARQUIVO DO HOSPITAL MUNICIPAL ALPHEU DE QUADROS, 2012.

O pronto-atendimento é de 24 horas/dia nos serviços especializados disponibilizados e também nos exames de rotina. De acordo com a coordenadora do hospital, é atendida uma média de 260 pessoas/dia. Em maio de 2012, o hospital iniciou o processo de classificação de risco, através do Protocolo de Manchester. (AGÊNCIA MINAS, 2012). É totalmente mantido pelo Ministério da Saúde, Estado e Município e localiza-se em uma área periférica ao sudeste do sítio urbano de Montes Claros, área bastante carente e de baixo poder aquisitivo. Nele prestam serviços 58 médicos, nas diversas especialidades e 01 dentista com horário integral, além de 26 auxiliares em saúde e administrativos. (DATASUS, 2012). Devido à amplitude dos serviços prestados à comunidade, o hospital possui convênio com a Fundação Dilson de Quadros Godinho, que auxilia na complementação e agilidade dos exames.

Em dezembro de 2012, o pronto-atendimento desse hospital recebeu a equipe da Rede Interativa Mundial Focada em ultrassonografia crítica, em convênio firmado pela SES-MG e pelo Projeto Ecos dos Gerais, que disponibilizaram equipamento de ultrassonografia portátil de alta resolução e que ajuda a desafogar o atendimento nos hospitais da cidade em especialidades de abdômen agudo (apendicites, diverticulites, pancreatites, entre outras doenças). Com o aparelho, está havendo agilidade no atendimento, pois o hospital acolhe, por semana, cerca de 800 atendimentos em clínica geral e 500 consultas pediátricas (SECOM, 2012, p.01).

4.1.15 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Montes Claros: necessária emergência para o Município – Saúde Mental no SUS

Em Montes Claros existem 02 Centros de Atenção Psicossocial mantidos totalmente pelo SUS, através do MS, SES e SMS. O primeiro é o CAPS II (TM) Tratamento em Saúde Mental, denominado Centro de Referência em Saúde Mental - Policlínica Dr. Hélio Sales - funcionando desde 1996. (figura 30). Compõe-se de 02 médicos e 23 auxiliares em saúde e administração, entre eles, 07 psicólogos, 03 psiquiatras, 02 assistentes sociais e 01 terapeuta ocupacional. (ARQUIVOS DA POLICLÍNICA DR. HÉLIO SALES, 2012).

Esse CAPS disponibiliza atendimento ambulatorial e de urgência, dentro da demanda referenciada com serviços especializados de urgência e emergência, de atenção psicossocial e domiciliar, além do Hospital Dia (regime de assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial na realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requerem permanência do usuário por 12 horas no local). Nos serviços de apoio, conta com uma ampla Farmácia, Serviço Prontuário de Paciente, com 05 clínicas e 01 sala de repouso/observação com 03 leitos. (DATASUS, 2012). De acordo com Pereira e Santos (2009, p. 4):

> O CAPS-TM atende a 818 pacientes psiquiátricos, destes 33 pacientes são atendidos em regime intensivo (todos os dias de segunda a sexta-feira), 75 em regime semi-intensivo (duas ou três vezes por semana, ou uma vez quinzenalmente), 93 em regime não intensivo (uma vez por mês ou trimestralmente) e 597 são atendidos no ambulatório (apenas consulta com equipe técnica e atendimento medicamentoso). Este programa de psicoeducação visa modificar as atitudes dos pacientes em relação à doença e ao seu tratamento, aumentar o nível de conhecimento e, com isso, melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso.

Na figura 30, podem ser observados diversos ângulos da Policlínica.

Figura 30: Policlínica Dr. Hélio Sales



Fonte: SILVEIRA, 2012

O segundo CAPS é o AD Álcool e Drogas, ao qual prestam serviços 03 médicos e 24 auxiliares, atendendo na parte ambulatorial e na demanda espontânea e referenciada. Esse centro possui duas clínicas, dois consultórios não médicos, uma sala de enfermagem, uma sala de curativo, duas salas de repouso/observação com três leitos femininos e três masculinos. (DATASUS, 2012).

4.1.16 Centros de Reabilitação Física e o Programa Saúde da Mulher

Esse Centro de Reabilitação pertence à rede municipal de saúde e é totalmente público. Tem como objetivo proporcionar aos seus usuários um serviço ambulatorial e de demanda referenciada com atendimentos por uma equipe multiprofissional e multidisciplinar especializada em reabilitação física (motora e sensório-motora) e nas áreas de reabilitação clínico-funcional, fornecimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, quando necessário, visando contribuir decisivamente para a melhoria das condições de vida e integração social.

De acordo com o Datasus (2012), atendem, nesse Centro, 04 médicos especialistas e 16 outros bacharéis e técnicos na área de saúde. No seu contexto, disponibilizam-se uma clínica básica e outra especializada, 08 consultórios não médicos e 05 salas de serviços de enfermagem, além do aparelhamento necessário para os atendimentos do centro. Este tem sua área de atuação estendida aos 86 municípios norte-mineiros e repassam, através de doações, cadeiras de rodas, de banho, próteses, andadores, botas ortopédicas, tutores e bengalas aos que precisam desses equipamentos. Segundo dados da SMS/PMMC (2012), até abril do referido ano, foram atendidos 621 pacientes nos serviços de próteses, órtese e meios auxiliares de locomoção e, nos serviços de reabilitação, receberam 1.649 pacientes. (PESQUISA DIRETA; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE MONTES CLAROS, 2012). A figura 31 corresponde a fotos da vista panorâmica do referido Centro.

Figura 31: Vista Panorâmica do Centro de Reabilitação Física



Fonte: SILVEIRA, 2012

O Programa Saúde da Mulher tem sido executado através de um centro de especialidade clínica, com o objetivo de oferecer serviços específicos de atenção à mulher (gravidez de alto risco, colposcopia e biópsia, planejamento familiar e acompanhamento para pacientes da mastologia). Os serviços são prestados em atendimentos ambulatoriais, demandas espontâneas e referenciadas, vinculadas ao município e ao SUS, sendo executados por 07 médicos, 15 bacharéis e técnicos de saúde. O programa dispõe de duas Clínicas básicas e duas especializadas para os atendimentos, além dos equipamentos tecnológicos necessários à prestação de serviços. (DATASUS, 2012). A figura 32 mostra uma foto da estrutura oferecida pela SMS/PMMC, em 2012, para abrigar os serviços do Programa.

Figura 32: Estrutura Oferecida para Abrigar o Programa Saúde da Mulher



Fonte: SILVEIRA, 2012

4.1.17 Hospital das Clínicas Dr. Mário Ribeiro da Silveira

O Hospital das Clínicas Dr. Mário Ribeiro da Silveira (figura 33) é de iniciativa das Faculdades Unidas do Norte de Minas – Funorte e da Associação Educativa do Brasil – Soebras, inaugurado no dia 03 de julho de 2013, quando a cidade de

Montes Claros completou 156 anos. Localizado ao norte do sítio urbano da cidade, no bairro Amazonas, região considerada periférica e de poder aquisitivo baixo. Esta Instituição atenderá exclusivamente pelo SUS e tem por finalidade “servir a comunidade com qualidade e humanização”. O hospital também funcionará como Hospital Escola da Rede Funorte/Fasi/Soebras para atender as exigências multidisciplinares da área de ensino, pesquisa e extensão, nas áreas de medicina, enfermagem, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, odontologia, biomedicina, farmácia, nutrição, engenharia biomédica e gastronomia. Terá capacidade para atender cerca de 150 pacientes por dia, associados em uma visão sistêmica de saúde integrada. (FUNORTE, 2013).

Figura 33: Vista parcial das estruturas externa e interna do Hospital



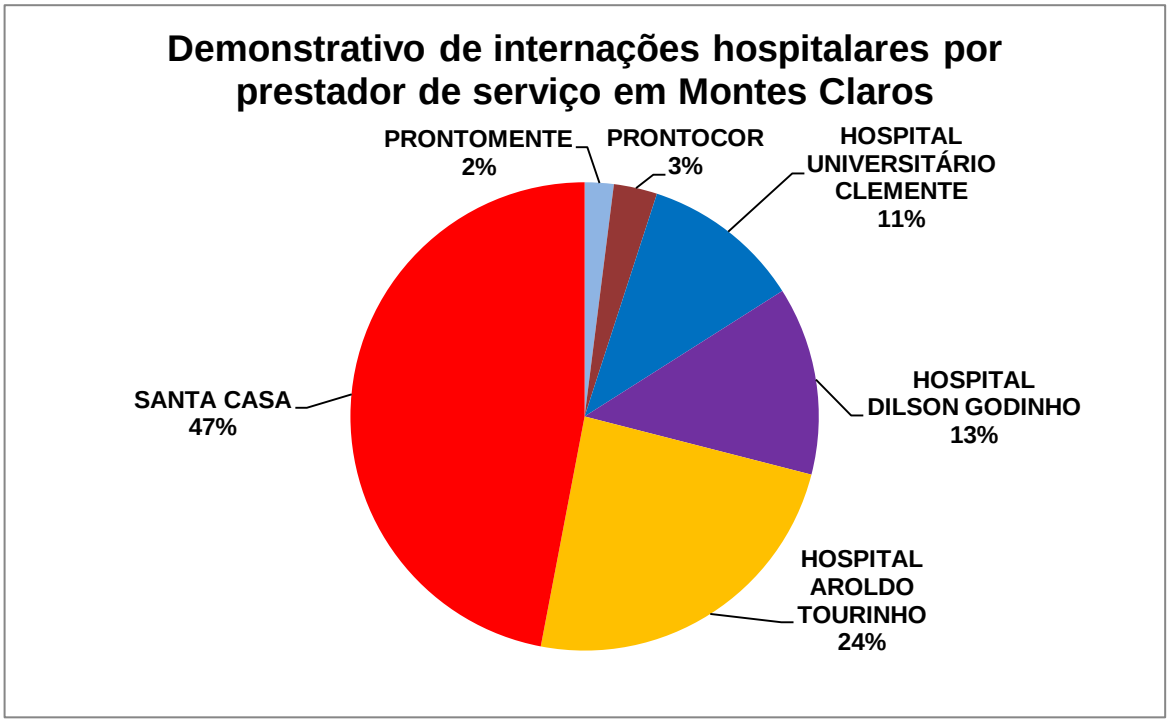
Fonte: FUNORTE, 2013

O Hospital começa a funcionar com dois blocos cirúrgicos e 26 leitos, além do Centro de Referência em Oftalmologia Professor Hilton Rocha; entretanto a previsão é para 200 leitos, CTI, 12 salas cirúrgicas, centro de diagnóstico por imagem (tomografia, ressonância, raio x e endoscopia), quando executará totalmente seu objetivo de atendimentos aos procedimentos clínicos, intervencionistas e cirúrgicos especializados nas áreas: Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Centro de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico, Clínica Cirúrgica, Oftalmologia e Centro de Diagnóstico por Imagem. (FUNORTE, 2013).

No que diz respeito ao Centro de Referência em Oftalmologia, será “uma referência em tratamento oftalmológico desde média a alta complexidade” e a previsão dos atendimentos será para toda a região norte-mineira e pacientes da Bahia até Belo Horizonte, desde recém-nascidos até a idade adulta. Também contemplará consultas básicas, atendimentos de urgência e cirurgias específicas de visão subnormal, plástica, glaucoma, retina, estrabismo, catarata e de córnea. (FUNORTE, 2013).

O gráfico 02 demonstra os percentuais de internações hospitalares por prestadores de serviços na cidade de Montes Claros. Nesse gráfico, observa-se a importância da Santa Casa para os serviços em saúde, visto que esse hospital absorve quase que 50% de todos os demais atendimentos locais, seguido pelos Hospitais Aroldo Tourinho, Dilson Godinho e Universitário Clemente de Farias. Todos eles, com atendimentos de média e alta complexidade, fazem parte dos serviços contratados pelo município.

Gráfico 02: Demonstrativo de internações hospitalares por prestador de serviço em Montes Claros



Fonte: RELATÓRIO DE GESTÃO PMMC, 2011 **Org.:** SILVEIRA, 2012

O PRONTOCOR e o PRONTOMENTE são hospitais menores, e pelas suas especificidades, não comportam o volume da demanda local/regional, isto é, como os hospitais de maior porte também prestam serviços na área cardíaca, uma parte considerável da demanda é absorvida por outros hospitais. No caso do PRONTOMENTE, aqui destacado, e também do CAPS, fica evidente, através do Relatório de Gestão (2011), que a prestação de serviços é insuficiente para a demanda, pois são as únicas Casas de Saúde do norte de Minas especializadas na área mental.

4.2 A rede centralizadora do Sistema de Saúde de Montes Claros e as inter-relações com a Região Ampliada de Saúde Norte

Ao se analisar um sistema, seja urbano seja rural, é necessário configurar os fluxos que permeiam a esfera da sociedade nele inserida. Nessa parte, o estudo inicialmente toma como base os pressupostos norteados por Santos (2002) e Corrêa (2007) nas relações cidade-região. Compreende-se que Montes Claros integra-se à região norte-mineira e possui um papel específico na conjuntura histórica e socioeconômica, o que a torna cada vez mais ponto de apoio e de distribuição das ações e fomentos de desenvolvimento regional.

Em Corrêa (2007), as relações cidade-região são direcionadas a partir da ingerência da cidade polo. O processo de formação da cidade de Montes Claros constituiu como ponto de atração para a população intra e extrarregional, no comando dos procedimentos de produção, comércio, concentração fundiária, trabalho, investimentos e, consequentemente, de bens e serviços, fatores que confirmam as posições de Corrêa. Esses posicionamentos estão conectados aos conceitos e inferências de Santos (2002), quando faz referência aos fluxos materiais e imateriais do espaço, imprescindíveis para a organização do meio, que resultam em diferentes naturezas, intensidades e direções na configuração do território, que, para Santos (2002), são a formulação das redes.

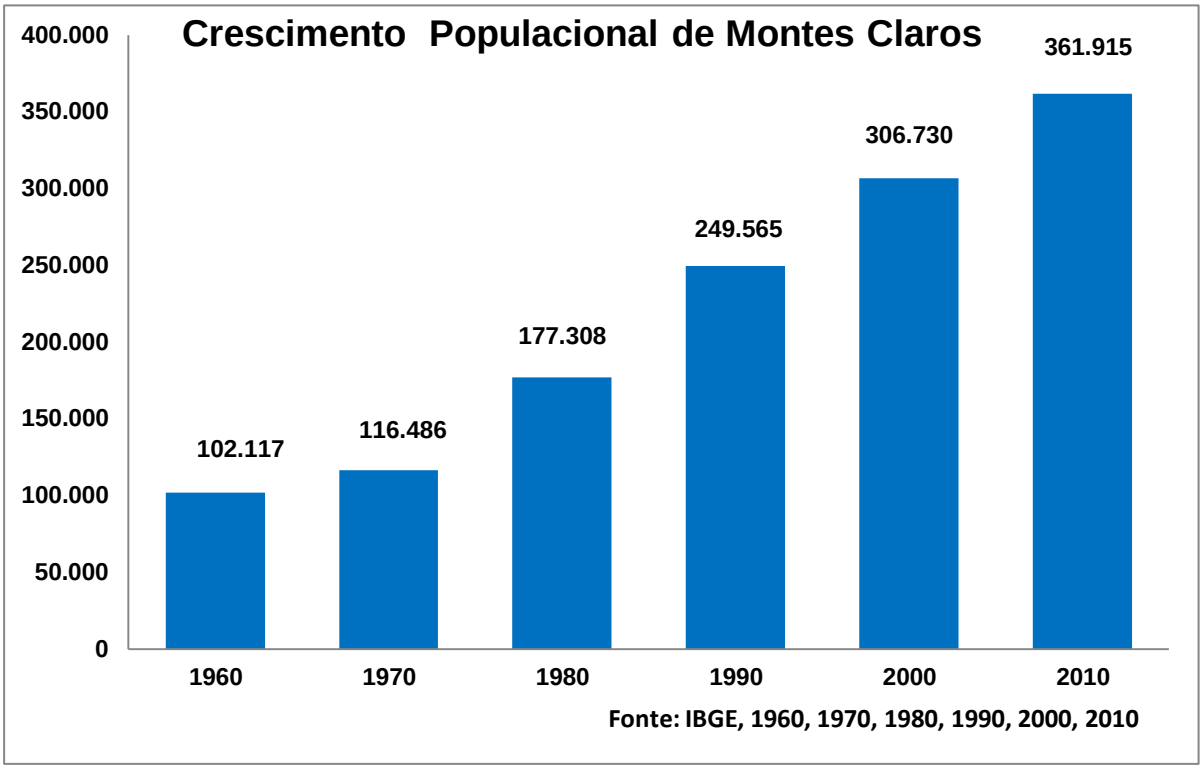
As redes possuem uma infraestrutura que permite aos diversos fluxos se inter-relacionarem com os bens materiais, de modo que, conectados em um crescente número de nós, vieses e fluxos, estão inseridos no cotidiano dos diversos agentes sociais. Sendo as redes complexas ou não, os processos que nelas ocorrem são heterogeneamente organizados, resultando em novas ordens sociais, portanto esses processos produtivos implantados dependem das vivências, culturas, do poder e internalizações dos grupos cidadãos. Conforme as realidades experimentadas no tempo e espaço, as redes, em justaposição, serão articuladas e representarão o arcabouço da organização urbana local-regional, através das quais é percebida a interdependência entre as cidades dominantes e as cidades subordinadas, ou mesmo aquelas que estão emergindo dentro do perfil urbano-regional.

O município montes-clarense está situado no norte de Minas, a 418 km da capital mineira. Sofreu transformações socioeconômicas gradativas e foi se destacando no contexto norte-mineiro por apresentar índices de desenvolvimento bastante superiores à média das cidades ao seu redor, as quais possuem indicadores mais próximos da realidade do nordeste brasileiro. Historicamente a cidade de Montes Claros se estabeleceu como polo regional centralizador das ações e estruturas vigentes em todas as formas de desenvolvimento e serviços dos quais se destacam os referentes ao sistema de saúde.

Nesse sentido, para Silveira (2003), Montes Claros está configurada como centro polarizador do norte de Minas, devido à sua posição estratégica em relação aos mercados Centro-Sul, Norte e Nordeste e também pelas características econômicas e de maior infraestrutura, concentrando, em seu território, diversos equipamentos urbanos, inclusive os da saúde. Com um clima tropical e vegetação predominante de cerrado com transição para a caatinga, liga as principais rodovias do centro/norte do Brasil; são elas: BR 135, BR 365, BR 251, MG-308 e MG 122. A população, em 2012, atingiu o número de 361.915 habitantes, com população urbana de 344.427 habitantes (95%) e rural de 17.488 (5%). A cidade apresenta uma extensão territorial de 3.576.76 km², com densidade demográfica média equivalente a 100,16 habitantes por km². O sexo masculino ocupa 48,15% e o feminino, 51,85 % da população absoluta (IBGE, 2012).

Diante das condições de crescimento oferecidas pelo município na sua sede, o aglomerado urbano passou a ser ponto de atração populacional, especialmente a partir de 1970, quando a população do norte de Minas constatou oficialmente os reflexos da presença da SUDENE na região. Esse fato resultou em um desordenado crescimento urbano e paralelamente excessivo contingente populacional. Como resultado houve a intensificação do crescimento espacial, ou seja, de acordo com Beaujeu-Garnier (1980), o movimento migratório em direção à área urbana ativa simultaneamente a urbanização e a expansão desse espaço. Tal afirmação pode ser constatada no gráfico 03.

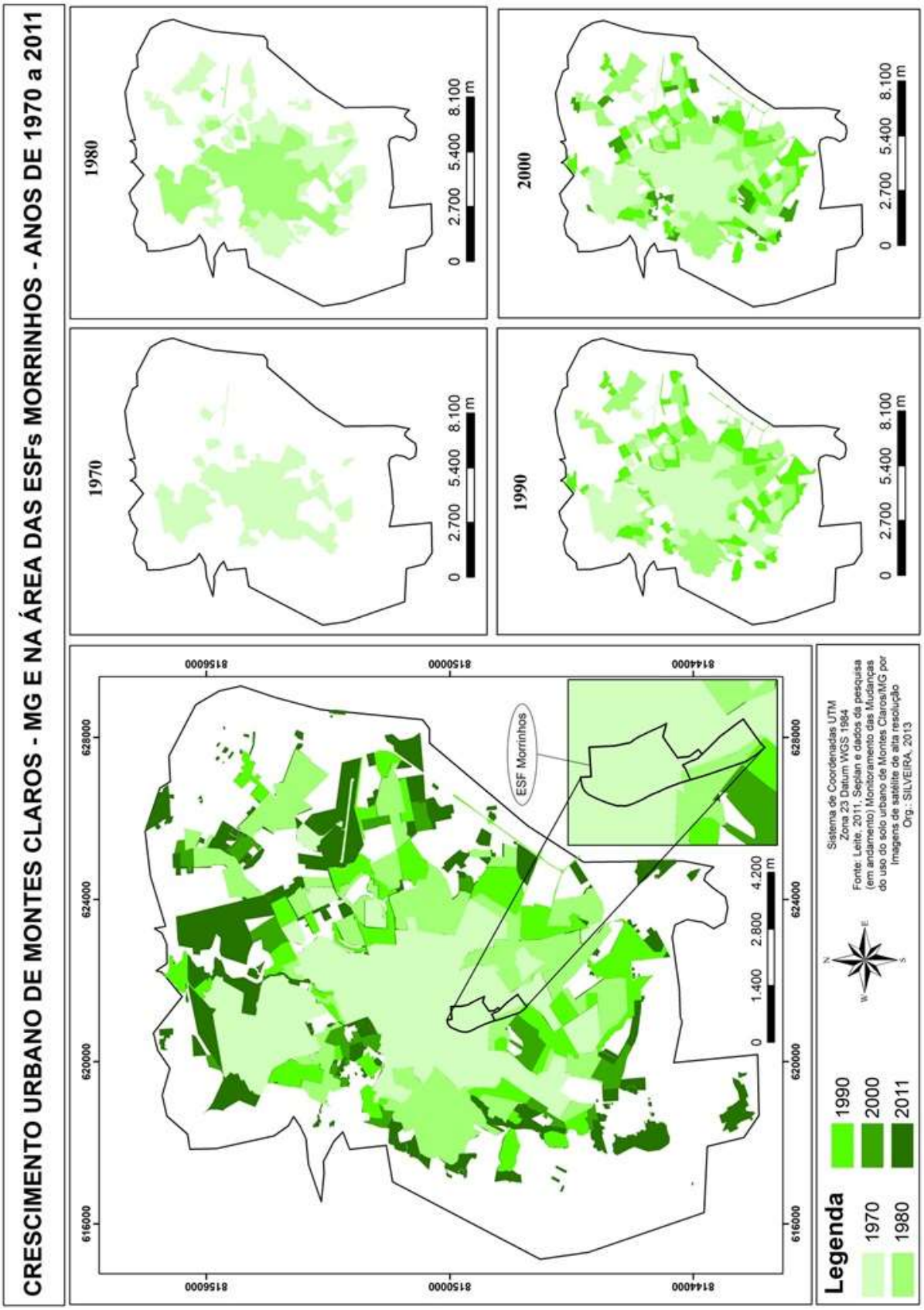
Gráfico 03: Crescimento Populacional de Montes Claros 1960 a 2010



Org.: SILVEIRA, 2012

No mapa 14, observa-se um abrupto crescimento urbano, ou seja, uma sobreposição populacional nas décadas de 1970 a 1990. Já nas décadas de 2000 a 2010, o crescimento foi atenuado, entre as causas desse enfraquecimento populacional destacam-se o fim dos subsídios fiscais cedidos à SUDENE e a nova reorganização estrutural e tecnológica para a implantação na região de um novo tipo de qualificação e empreendimentos (BRAGA, 2008, p. 72-91).

Mapa 14: Crescimento Urbano de Montes Claros – MG e na Área da ESF Morrinhos – anos de 1970 a 2011



Corroborando essa afirmação, Leite (2011, p.154), descreve que, de 1970-1980, o crescimento da área ocupada em Montes Claros foi de 24,5%; de 1980 a 1990 foi de 19,8%; de 1990 a 2000 foi de 11,8% e de 2000 a 2005 chegou a 3,9%. Ainda ressalta-se que, na área correspondente à ESF Morrinhos I, II e III, o maior crescimento populacional aconteceu na década de 1970 e, em 1980, na área do bairro Vila Luiza houve um pequeno acréscimo populacional, igualmente na área central da cidade e adjacências.

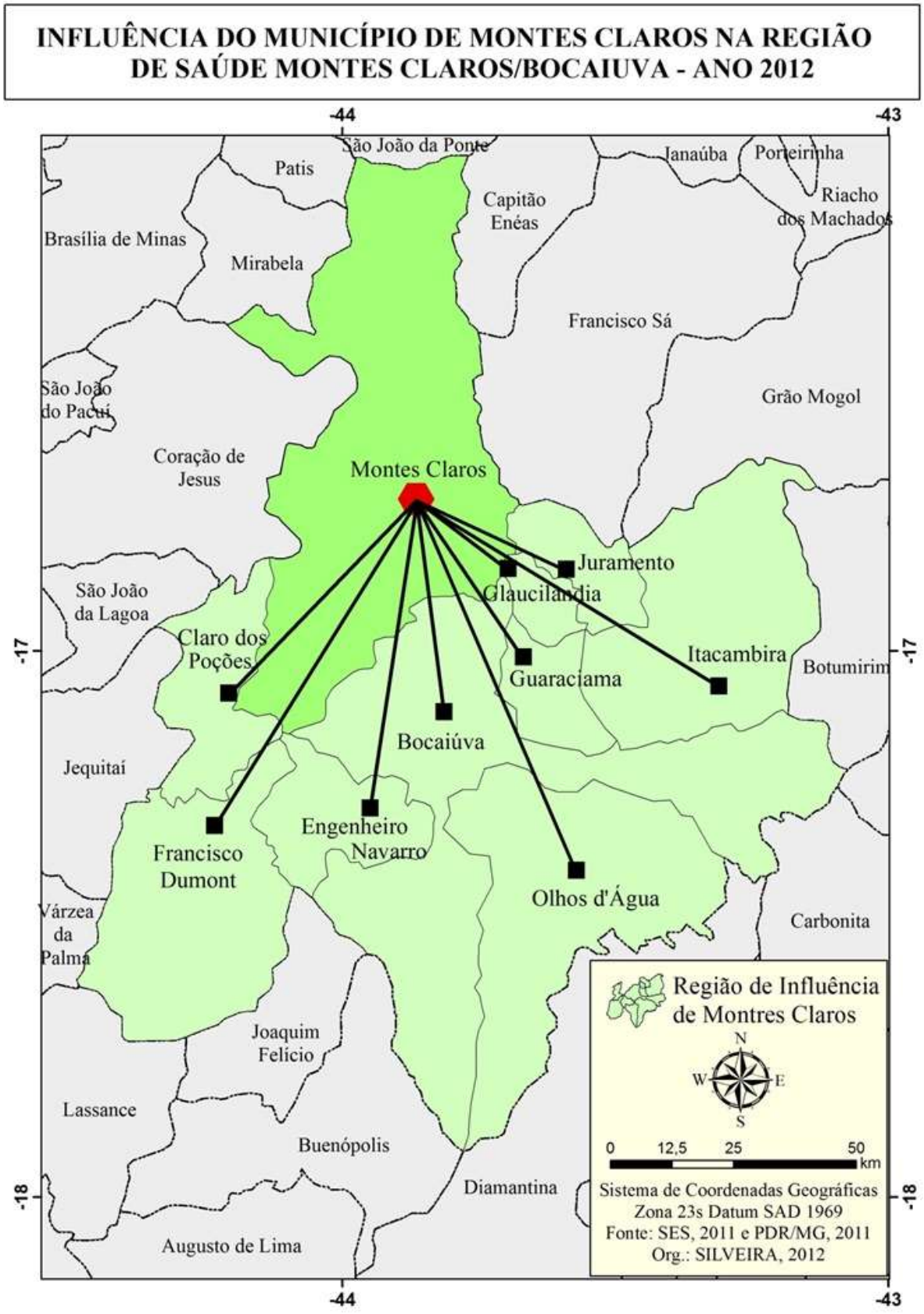
Para se entender o Sistema de Saúde de Montes Claros nos dias atuais é preciso reconhecer que esse município, no decorrer da sua história, estabeleceu-se como centralizador das ações sociais em favor do norte de Minas. Na saúde não foi diferente, pois os *pauis* (pântanos), localizados na área da Fazenda Montes Claros, facilitavam o desenvolvimento de vetores que atacavam a saúde da população. Segundo Paula (1979), devido a esse fator, já se identificavam iniciativas de combate às epidemias da região, nesse sentido, seria necessário retroceder às primeiras ações em saúde municipais para se compreender a configuração atual.

A cidade também é polo regional nos serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de maior complexidade, centralizando as Regiões de Saúde do entorno. De acordo com o Plano de Regionalização de Minas Gerais (2011), a Região Assistencial de Montes Claros é formada por 09 microrregiões, 87 municípios com uma população de 1.609.862 de habitantes (RELATÓRIO GESTÃO/ PMMC, 2011).

Também como polo da Região de Saúde Montes Claros/Bocaiuva, agregam-se 11 municípios: Bocaiuva, Claro dos Poções, Engenheiro Navarro, Francisco Dumont, Glaucilândia, Guaraciama, Itacambira, Joaquim Felício, Juramento e Olhos d'Água, entre os quais Montes Claros é referência nos serviços na média e alta complexidade (mapa 15).

Em Montes Claros/Bocaiuva, de acordo com o IBGE (2012), a estrutura etária evidencia tendências ao envelhecimento da população, pois as faixas de idades com os maiores índices para ambos os sexos estão entre 10 e 24 anos.

Mapa 15: Influência do Município de Montes Claros na Região de Saúde Montes Claros/Bocaiuva – ano 2012



A população residente na Região de Saúde totaliza 454.682 pessoas, e a maior concentração está na faixa etária de 10 a 29 anos, com percentual de 38,08%. A cidade de Montes Claros ocupa 30% dessa faixa populacional. Na zona urbana dos municípios, a população corresponde a 87,4%, e a rural a 12,6%. Os maiores indicadores urbanos estão em Montes Claros, Bocaiuva e Guaraciama. No que diz respeito ao Índice de Desenvolvimento Humano - IDH dessa região, este corresponde a um indicador médio de 0,694, o que vem demonstrar fragilidades socioeconômicas na microrregião. (IBGE, 2012).

No Relatório do Pacto pela Saúde (2011/2012), o Índice de Alimentação Regular da base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES foi de 100%; a média da proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família correspondeu a 59,24% e a da cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal das ESFs foi de 51,42%. Os municípios que ultrapassaram as metas municipais em 2011 foram: Juramento (167,76%), Guaraciama (146,25%), Engenheiro Navarro (145,32%), Claro dos Porções (133,12%), Glaucilândia (116,48%), Joaquim Felício (80,14%) e Olhos-D'Água (65,50%); o município com menor resultado foi Montes Claros com 41,94%, devido à cobertura ser insuficiente para a demanda populacional (quadro 13).

Quadro 13: Cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal das ESFs

Cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal das ESFs		
Município	**Meta**	**Resultado**
Bocaiuva	97,50%	88,74%
Claro dos Porções	80,00%	133,12%
Engenheiro Navarro	42,50%	145,32%
Francisco Dumont	85,00%	70,94%
Glaucilândia	80,00%	116,48%
Guaraciama	50,00%	146,25%
Itacambira	80,00%	69,17%
Joaquim Felício	42,00%	80,14%
Juramento	50,00%	167,76%
Montes Claros	42,00%	41,94%
Olhos-D'Água	50,00%	66,50%

Fonte: PACTO PELA SAÚDE (2011/2012), 2012. **Org.:** SILVEIRA, 2013

A respeito da cobertura vacinal de rotina - em menores de 01 ano, nas modalidades Tetravalente, Poliomielite Oral, Hepatite B, BCG e Febre Amarela - também alcançou 100% dessa população, já a taxa de mortalidade geral foi de 4,7% e a infantil de 12,3% (SRS-MOC, 2012). Outro aspecto importante é o fato de que 86,61% da população da Região de Saúde dependem totalmente do SUS. A cobertura pelos planos e seguros de saúde foi de 65.416 beneficiários, em uma taxa média de 14,39%, bastante baixa para as condições de saúde da microrregião, fato que é atribuído às condições socioeconômicas e culturais da mesma (COORDENADORIA DE MONITORAMENTO DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS/GIE/SE/SESMG/SUS, 2010).

Na Região de Saúde o índice de resolubilidade é considerado ótimo. Em 2010, o número atingiu o percentual de 98,69%. O município de Bocaiuva possui hospitais de médio porte com atendimento aos serviços de complexidades médias e alguns de alta complexidade. Montes Claros, sendo o maior polo da Região de Saúde e da Região Ampliada, oferece uma gama completa de serviços ambulatoriais e hospitalares indispensáveis ao processo de tratamento dos pacientes, isto é, contém equipamentos de alta resolução e tecnologia preconizada, além de efetuar procedimentos de transplantes, todos disponibilizados pelo SUS. (NARS/AGR/Datasus, 2011).

No que diz respeito ao percentual de realização das análises de vigilância da qualidade de água/coliformes totais na referida região, o maior percentual de qualidade foi para o município de Montes Claros (63,13%), o menor, para Joaquim Felício (2,50%) e, na faixa intermediária, são destaques Guaraciama (24,17%), Engenheiro Navarro (22,50%), Bocaiuva (22,33%) e Francisco Dumont (21,67%). É importante dar relevânciaa esses percentuais, porque eles estão integrados àqueles monitorados pelos territórios de saúde (ESFs e SIAB), na tentativa de esclarecer ao poder público sobre a qualidade de vida das populações envolvidas e, dessa maneira, promover ações para a tomada de decisões futuras.

Conforme as diretrizes que regem o Estado brasileiro, intermediadas pelas normativas da Organização Mundial de Saúde, as SMSs planejam e executam as

ações de acordo com o quadro Hospitalocêntrico/Mediocêntrico em um modelo assistencialista, voltado para a promoção e organização da saúde. A urgência e emergência nos municípios de Gestão Plena do Sistema[31] são norteadas pela Grade de Referência que, se praticada, viabilizará a manutenção de uma melhor qualidade nos serviços, evitando, assim, as sobrecargas e internações sensíveis. (RELATÓRIO GESTÃO PMMC, 2011).

A população é atendida dentro de um perfil epidemiológico local e regional. A agenda de saúde é anteriormente definida e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde, obedecendo aos critérios que fortaleçam e consolidem a Atenção Primária através das ESFs. O controle das endemias e das questões sociais ligadas à agenda busca valorizar e fortalecer a humanização do Sistema Municipal de Saúde, que são exercidos pela gestão de políticas de regulação e de assistência farmacêutica.

Nesse contexto foi constituído o Plano Municipal de Saúde de Montes Claros para o triênio 2010-2013, planejado estrategicamente dentro da visão participativa e organizado por territórios, o que fortalece a convivência, a solidariedade e cooperação entre o governo local e a sociedade envolvida, em sintonia com o Plano do Governo Municipal. (RELATÓRIO GESTÃO PMMC, 2011).

4.3 Os Conselhos de Saúde de Montes Claros e o Serviço de Ouvidoria

Os Conselhos de Saúde e Serviços de Ouvidoria foram constituídos para o aprimoramento dos serviços dessa área, pois são eles que ajustam, acompanham, deliberam e fiscalizam o exercício desses serviços. São eles:

[31] Habilitação para Gestão Plena do Sistema: Estrutura Organizacional da SMSAU/MOC - Implantação da Reforma Administrativa Municipal, conforme a Lei n° 2.891 de 30/04/2001; Diretoria de Gestão - 01 secretário e 04 diretores, com atribuições de secretários Adjuntos; Fundo Municipal de Saúde - Instrumento de gestão, instituído em 26/06/1992. Lei 2.052; Conselho Municipal de Saúde - Instrumento de gestão, instituído em 16/05/1991- decreto n° 1.150 que foi alterado em 06/01/1992 pelo Decreto 1.193/92. Tem composição paritária com 24 conselheiros titulares e 24 suplentes; Rede Física da Estrutura do SUS. (PMMC RELATÓRIO GESTÃO, 2011, p. 20)

a) Conselhos Municipais de Saúde de Montes Claros: foram criados pela Lei 8.142/1990, com um caráter permanente, deliberativo e fiscalizador, além de acompanhar a gestão financeira e econômica. Estão distribuídos nas três esferas do governo e exercem funções idênticas em todas elas. O controle social é efetuado através do voto, por meio do qual os representantes da sociedade civil e instituições públicas definem paritariamente os interesses do município. São compostos de 50% de usuários; 25% de trabalhadores da saúde e 25% de gestores e prestadores de serviços do município.

b) Conselho Gestor de Saúde: são imprescindíveis no exercício da cidadania para a participação social. Possui caráter consultivo, de avaliação, assessoramento, fiscalizador e sugestivo, sem fins lucrativos. É composto por membros das instituições representativas dos bairros nas áreas de abrangência dos Centros de Saúde, ou seja, pelas ESFs, creches, escolas, além de haver 02 servidores dos Centros de Saúde (01 de Ensino Médio e outro Superior) e 01 Gestor da Saúde Municipal.

c) Serviço de Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde: é aquele que faz a interlocução entre o serviço de saúde oferecido à comunidade e os usuários. Armazenam sugestões, elogios, denúncias, queixas, críticas ao desempenho dos serviços e ações disponibilizadas pelo SUS em Montes Claros e os remetem para a análise e decisões dos gestores da SMS/PMMC. (RELATÓRIO DE GESTÃO PMMC 2011, p.15-16).

4.4 As Iniciativas e Estruturas de Saúde no Município de Montes Claros

A primeira Secretaria Municipal de Saúde em Montes Claros foi instalada em 1977 com o nome de Secretaria de Saúde e Assistência. A partir de 01 de janeiro de 1999, passou a ser coordenada sob o regime de Gestão Plena do Sistema Municipal. O quadro 14 demonstra a Rede Física Municipal do SUS disponibilizada, em 2012, nas diversas tipologias e quantidades (PESQUISA DIRETA; SMS/PMMC, 2012).

Diante do crescimento urbano, a Atenção Primária à Saúde precisava de maior cobertura. Segundo dados do SIAB, em 1996 a cidade possuía somente 05 equipes de PACS. Em 1998, foram criadas as duas primeiras Equipes do Programa Saúde da Família – PSF; em 2000, já perfaziam 18 equipes; em 2003, contava com 28 equipes; em 2006 passou para 59, nesse período já como Estratégia Saúde da Família – ESF. Em 2007, eram 64 equipes, das quais 49 eram urbanas e 15 eram rurais. Em 2012, perfazem 76 equipes, 10 rurais e 66 localizadas no espaço urbano. No município, 19,56% da população possuem plano de saúde e 80,44% dependem diretamente do SUS. (PESQUISA DIRETA; SMS/PMMC, 2012).

Quadro 14: Rede Física Municipal do SUS em Montes Claros

Rede Física Municipal do SUS em Montes Claros	
13 Centros de Saúde (área urbana)	**08 Postos de Saúde (zona rural)**
01 Centro Oftalmologia Social	**03 Postos EACS (zona rural)**
01 Centro de Controle de Zoonoses	**05 Postos de Saúde (área urbana)**
01 Centro de Referência em Doenças Infecciosas	**45 Consultórios em ESFs**
01 Centro Referência em Saúde dos Trabalhadores (CEREST)	**15 Consultórios Odontológicos em Centro de Saúde**
01 Centro de Reabilitação e Órteses e Próteses	**01 Consultório na Cruz Vermelha**
01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	**01 Consultório na Escola Vovó Clarice (atendimentos para pacientes especiais)**
01 Centro de Oftalmologia Social (COS)	**07 Consultórios na Policlínica Ariosto Corrêa Machado (01 para pacientes especiais).**
01 CTA/DST/AIDS	**45 Consultórios Odontológicos em ESF e PAC**
01 Centro de Referência em Saúde da Mulher	**01 Consultório na Escola Abdias Dias (atendimentos para pacientes especiais)**
01 NASPI (Núcleo de Saúde Pitágoras – Centro de Saúde Vila Oliveira)	**02 Policlínicas (área urbana)**
02 Unidades de Saúde Mental (CAPS- AD e CAPS- TM)	**01 Hospital Doutor Alpheu Gonçalves de Quadros**
08 Pontos de Apoio Centro de Controle de Zoonose	**02 Farmácias Populares**
66 Equipes Estratégia Saúde da Família (Zona Urbana)	**01 Ônibus Odontológico**
10 Equipes Estratégia Saúde da Família (Zona Rural)	**01 Anexo contendo Almoxarifado e Galpão**
04 PACS (Zona Rural)	**01 Laboratório de Análise de Água**
11 Unidades de Apoio ao PSF/PAC	**01 SAMU**

Fonte: SMS/PMMC, 2012. **Org.:** SILVEIRA, 2012.

Em entrevista concedida pela enfermeira coordenadora da Atenção Primária em Montes Claros, gestão 2013-2016[32], em 18/02/2013, quando indagada sobre o início da implantação do PSF em Montes Claros, ela relatou:

> *Antes da constituição dos PACs, a SMS de Montes Claros efetuou a territorialização das áreas correspondentes aos 15 Centros de Saúde da cidade. Em 1996, devido às necessidades de ampliação dos serviços de saúde, foram efetivadas 05 equipes de PACs, Vilage do Lago I, Independência, Vila Atlântida, Chiquinho Guimarães e Novo Delfino. Em outubro de 1998, as equipes dos PACs foram desativadas. Instalou-se (sic) duas equipes do Programa Saúde da Família nos bairros Vila Sion e Vilage do Lago, posteriormente, em 1999, foram ampliadas para Jardim Palmeiras, Santo Antônio I e II, Delfino Magalhães, Novo Delfino, Vila Anália, Santa Rafaella, Vila Telma e Independência I e II, onde atuava a residência do curso de enfermagem da Unimontes. A implantação da Estratégia Saúde da Família ocorreu ao final de 1999 para o ano 2000 com o apoio da residência de enfermagem e medicina da Unimontes, onde o território do bairro Jardim Eldorado foi incluído.* (SIC – E8 – APÊNDICE 10)

Em prosseguimento perguntou-se à referida coordenadora como ocorreu a ampliação das ESFs nos anos após a implantação das mesmas, esta respondeu que:

> *No período entre os anos 2000 a 2004 foram instaladas nova equipes nos bairros, Santa Eugênia, José Carlos de Lima, Nova Morada, Cidade Industrial, Vila Tiradentes, Tancredo Neves, Clarice Ataide, Vila Atlântida, Independência III, Bela Vista, Bela Paisagem, Jardim Eldorado II, Santa Lúcia, Monte Carmelo II, Jardim Palmeiras II. No ano 2000 o serviço chegou à Zona Rural, no Distrito de Nova Esperança, em 2004 nos Distritos de Santa Rosa de Lima, Aparecida do Mundo Novo e São Geraldo I.* (SIC – E8 – APÊNDICE 10).

De acordo com Campolina et al (2012), as dez primeiras equipes de Saúde Bucal foram instaladas em Montes Claros no ano de 2005, e em 2006 foram implantadas novas equipes, sendo três delas no Bairro Morrinhos.

A Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros atende aos pactos assistenciais firmados com as SMSs do norte de Minas, além de pacientes de outros estados circunvizinhos, especialmente os da Bahia. Todos participam da demanda

[32] Por questão ética e pessoal, o entrevistado não permitiu citar o nome.

excedente dos seus usuários, principalmente os dos níveis de média e alta complexidade. O atendimento é agendado junto às gerências das UBSs/ESFs e, de acordo com a demanda/escala planejada pelas equipes de saúde, a partir da agenda são atendidos em Montes Claros. (PESQUISA DIRETA, SMS/PMMC, 2012).

4.5 A Estratégia Saúde da Família - ESF em Montes Claros: história, propostas e ações

Em Montes Claros, as propostas e ações das políticas de saúde têm sido executadas conforme os princípios básicos estabelecidos pelo SUS, com início no ano de 1991, através do PACs. Posteriormente, em 1994, o Ministério da Saúde apoiou a formação das primeiras Equipes de Saúde da Família, o que reforçou o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, os quais, orientados pela NOB-96, estabeleceram as condições para a formalização dos serviços da ESF. (SMS/PMMC, 2012).

As ESF surgiram da necessidade de organizar a prática de atenção à saúde a partir da substituição gradativa do modelo tradicional, até então vigente, por outra base mais acessível às comunidades, que contribuísse para a melhora das condições de saúde dos usuários e, consequentemente, da qualidade de vida deles. A estratégia está fundamentada na corresponsabilidade para o fortalecimento do elo entre profissionais de saúde e a população usuária dos serviços, fato que se constituiu no grande diferencial para a promoção da saúde local, pois utiliza o “enfoque de risco” como metodologia de trabalho, adaptada à realidade dos territórios atendidos (SMS/PMMC, 2012).

No que concerne à execução da Estratégia, é necessário que a equipe multiprofissional tenha visão sistêmica da comunidade, das famílias e dos indivíduos para a concretização da corresponsabilidade nas práticas preventivas de forma humanizada, competente e resolutiva, buscando a participação dos usuários enquanto articula os diversos setores envolvidos com a saúde na organização,

planejamento, desenvolvimento e avaliação das etapas no âmbito de todos os serviços. Desde a implantação da ESF no município de Montes Claros, fica evidente o esforço dos gestores para a Promoção da Saúde. Os diagnósticos anteriores demostraram a interação das equipes atuantes com os usuários na superação dos problemas de saúde locais, fato que se reaplica aos novos modelos das ESFs montes-clarenses. (SMS/PMMC, 2012).

No que diz respeito aos atendimentos médicos, ainda é rotina, em hospitais do município, pessoas serem atendidas nos corredores sobre as macas e enfrentarem tempo delongado nas filas de espera, apesar do empenho dos gestores responsáveis pela saúde. Esse fato demonstra que os objetivos propostos para a ESF não estão sendo cumpridos plenamente. Existe também, por parte dos hospitais, um quadro insuficiente de profissionais para a demanda da saúde municipal/regional, o que revela a necessidade de ampliar o número de UBS/ESF e das equipes multiprofissionais para a execução dos princípios que regem a Atenção Primária. (SMS/PMMC, 2012).

Quadro 15: Usuários das ESFs por Faixa Etária no ano de 2012 - Montes Claros - MG

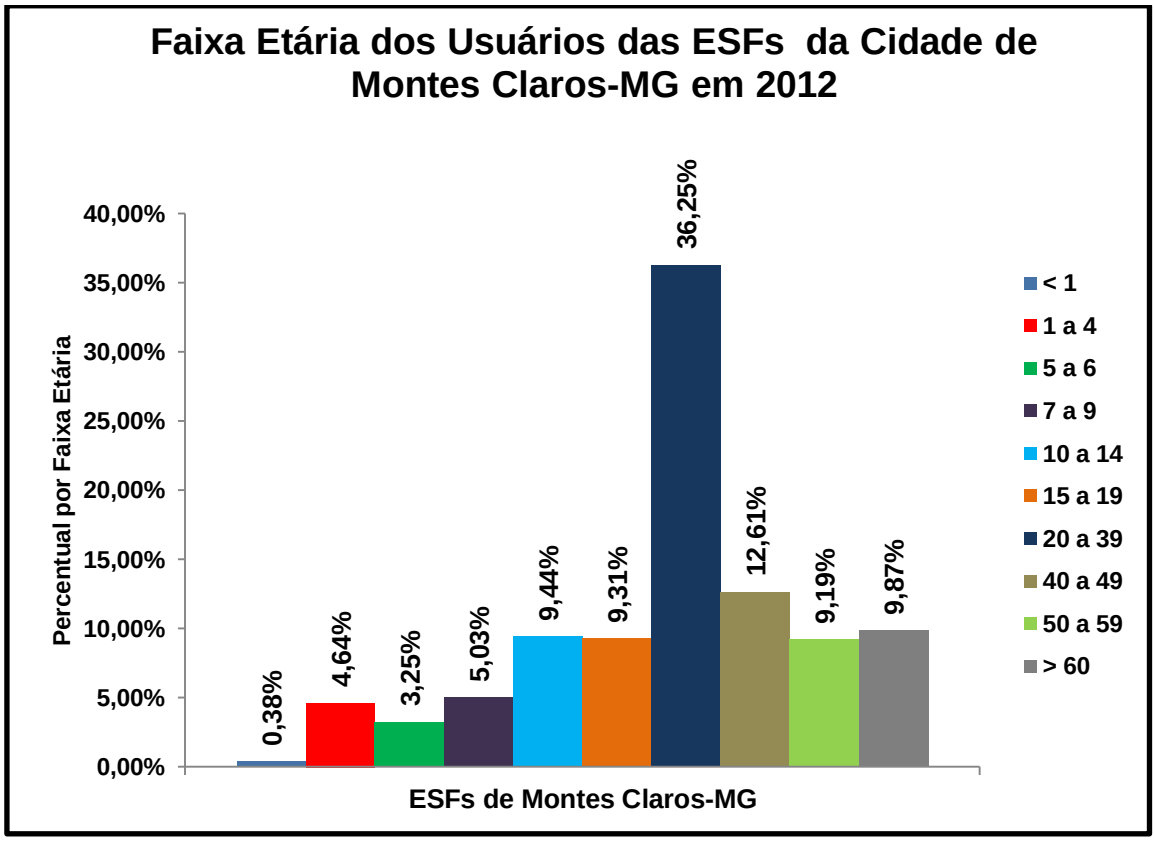
Sexo	Faixa Etária (Anos)										
	<01	01 a 04	05 a 06	07 a 09	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	Total
Masculino	*434*	*5.479*	*3.863*	*5.858*	*11.008*	*10.779*	*40.629*	*13.900*	*9.964*	*10.221*	*112.135*
Feminino	*463*	*5.348*	*3.707*	*5.874*	*10.990*	*10.905*	*43.825*	*15.473*	*11.437*	*12.763*	*120.785*
Nº de Usuários	*897*	*10.827*	*7.570*	*11.732*	*21.998*	*21.684*	*84.454*	*29.373*	*21.401*	*22.784*	*232.920*

Fonte: SIAB – DATASUS (2012). **Org.:** SILVEIRA 2012.

De acordo com a Secretária Municipal de Saúde, por intermédio do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB 2012 (quadro 15), o município atendeu, até 2012, 232.920 usuários, sendo 112.135 do gênero masculino e 120.785 do feminino, correspondendo a 64,4% do total de habitantes do município, tornando evidente que o sexo feminino é o que mais recorre aos atendimentos das ESFs municipais.

No tocante aos atendimentos por faixa etária, através do gráfico 04, percebe-se que a faixa etária que mais usufrui dos serviços prestados pelas ESFs, em Montes Claros, é a de 20 a 39 anos, simultaneamente dos sexos masculino (36,2%) e feminino (36,3%), equivalendo a 36,2% dos usuários das ESFs, o que vale ressaltar que os indivíduos desta faixa etária são as mais recorrentes as ações e serviços de saúde, por serem aqueles que fazem uso regular do Sistema, já possuem consciência em relação à necessidade de cuidados com a saúde, além de ser a faixa de maior fertilidade, exposta a riscos relacionados ao trabalho e acidentes.

Gráfico 04: Faixa Etária dos Usuários das ESFs da Cidade de Montes Claros/MG-2012



Fonte: SIAB – DATASUS (2012) – **Org.:** SILVEIRA, 2012.

Os dados a seguir referem-se às faixas etárias de 40 a 49 anos, mais de 60 anos, de 10 a 14 anos, de 15 a 19 anos. As outras faixas etárias de menores de 01 ano até 09 anos usam os serviços com menor intensidade, pois seus grupos são os que possuem menor quantidade de usuários nas ESFs. É observado ainda que as faixas de jovens, adultos e idosos correspondem à maior quantidade da população usuária e são aqueles que, conforme a Secretaria de Saúde do Município necessitam de maior assistência, especialmente as preventivas (SIAB-SUS, 2012).

A população de gestantes atendidas nas ESFs em 2010 correspondia a 1.277, das quais 82,7% tem idade acima de 20 anos e 17,3% abaixo de 19 anos (SIAB-DATASUS, 2010). Todavia no ano de 2012, conforme quadro 16, foram de 1.570 usuárias atendidas, as com mais de 20 anos correspondiam a 88% e abaixo de 19 anos, a 12% (SIAB-DATASUS, 2012). Analisando esses dados comparativos, houve um acréscimo de 293 gestantes (18,7%) no total geral. Nesse sentido, vale ressaltar o empenho da equipe multiprofissional, através do Grupo de Educação para Gestantes, no que se refere à gravidez indesejada.

Assim sendo, o acompanhamento das gestantes, no período do pré-natal e do puerpério é contínuo e totalmente subsidiado pelo SUS, todas atendidas pelo Programa Mães de Minas. Segundo o serviço responsável por essa área na PMMC e baseado nas informações do referido Programa, com a difusão dos meios contraceptivos e do planejamento familiar, as gestações têm sido minimizadas, especialmente na área urbana do Município, e esse dado é considerado pela gestão municipal relevante para a idade e maturidade das usuárias.

Quadro 16: Gestantes Atendidas nas ESFs em Montes Claros – 2012

Faixa Etária	**Condição Referida** **Quantidade de Gestantes**
0 a 19 anos	**186**
20 ou mais	**1.384**
Total	**1.570**

Fonte: SIAB – DATASUS (2012) – **Org.:** SILVEIRA, 2012.

Mediante o exposto, infere-se, a partir do conceito de saúde moderna, que todo o cidadão tem o direito de desfrutar dos artefatos direcionados pela OMS e homologados nas Cartas Magnas dos países, para o gozo de uma saúde plena. A Constituição da OMS preconiza que a população mundial deve gozar do grau máximo de saúde e aos governos caberá a responsabilidade de adotarem medidas sanitárias e sociais adequadas para esse fim. Todavia, compete ao cidadão o dever de coparticipação no espaço em que vive, cumprindo as obrigações e encargos, na manutenção da qualidade de vida necessária à saúde plena. Sendo assim, o Programa Mães de Minas, nas ESFs, por meio dos Grupos de Educação para Gestantes, busca alcançar e orientar as mulheres em idade fértil, quanto ao planejamento familiar e gravidez indesejada, fato que constitui uma tônica no exercício concreto nas ações e serviços do dia a dia das ESFs do bairro Morrinhos.

No trabalho desenvolvido pelas ESFs, a qualidade de vida é uma das metas desse programa social. Medir as condições vividas pelos participantes dessa estratégia envolve não só o bem-estar físico, mental, psicológico e emocional, mas também as relações sociais no território adstrito e fora dele, confirmando, assim, o conceito holístico de saúde definido pela OMS. Nesse aspecto incluem-se a família, os amigos, o poder de compra, de habitação, de saneamento básico, de lazer, além de outros. Os quadros 17, 18, 19 e 20, fundamentados no SIAB 2012, demonstram que em Montes Claros houve significativa melhora no padrão de vida da população, em relação aos períodos anteriores, nos serviços de tratamento e abastecimento de água, qualidade das moradias e destino do lixo.

Quadro 17: Tratamento de Água dos Domicílios de Montes Claros – 2012

Tratamento de Água dos Domicílios Montes Claros – 2012		
Tipologia	**Nº**	**%**
Filtração	55.433	87,85%
Fervura	253	0,40%
Cloração	838	1,33%
Sem Tratamento	6.577	10,42%

Fonte: SIAB – DATASUS (2012) – **Org.:** SILVEIRA, 2012.

Quadro18: Qualidade em Moradias – população de Montes Claros, 2012

Moradia da População de Montes Claros – 2012		
Tipo de Casa	**Nº**	**%**
Tijolo/ Adobe	62.951	99,76%
Taipa Revestida	83	0,13%
Taipa Não Revestida	09	0,01%
Madeira	10	0,02%
Material Aproveitado	31	0,05%
Outros	17	0,03%

Fonte: SIAB – DATASUS (2012) – **Org.:** SILVEIRA, 2012.

Quadro19: Abastecimento de Água da População de Montes Claros – 2012

Abastecimento de Água da População de Montes Claros – 2012		
Tipologia	**Nº**	**%**
Rede Pública	56.632	89,75
Poços/Nascentes	6.047	9,58
Outros	422	0,67

Fonte: SIAB – DATASUS (2012) – **Org.:** SILVEIRA 2012.

Quadro 20: Destino do lixo de Montes Claros - 2012.

Destino do Lixo de Montes Claros – 2012		
Destino do Lixo	**Nº**	**%**
Coleta Pública	57.297	90,80%
Queimado/ Enterrado	5.264	8,34%
Céu Aberto	540	0,86%

Fonte: SIAB – DATASUS (2012) – **Org.:** SILVEIRA, 2012.

Há de se considerar que, mesmo diante das deficiências encontradas, a gestão municipal de Montes Claros tem desenvolvido parcerias com órgãos e entidades

públicas como Copasa, Unimontes, Cemig, entre outros para as possíveis ampliações dos serviços necessários à população. É preciso analisar que nos dados apresentados existem defasagens, as quais merecem atenção. O número de famílias estimadas em 2012 era de 85.000, todavia as cadastradas nas ESFs de Montes Claros correspondiam a 63.101 (74,24%). Entre elas, observa-se que 12,15% não possuem água tratada em seus domicílios (quadro 17); 10,25% são servidas de água de poços, nascentes, cisternas e outros.

Nesse sentido, se essas fontes não forem devidamente tratadas, os usuários, com certeza, consumirão água contaminada (quadro 19), pois essa fonte se constitui um dos maiores vetores na transmissão de doenças; 9,20% do destino do lixo dos usuários das ESFs se encontram a céu aberto ou são queimados e enterrados (quadro 20); um fato positivo é a respeito da qualidade das moradias, pois 99,76% da população possuem suas casas construídas por tijolos/adobe e apenas 0,24% da população tem as residências edificadas por taipa revestida e não revestida, de madeira, de materiais aproveitados e outros (quadro 18).

A mesma situação, em 2010, correspondia a 73.000 famílias estimadas, as cadastradas eram somente 49.734 (67,67%). No que diz respeito ao abastecimento de água, 13,32% não possuem água tratada em seus domicílios, 11,84% faziam uso de poços, nascentes, cisternas e outros; no destino do lixo 11,26% estava a céu aberto ou queimados e enterrados; 99,83% possuía as edificações de tijolo/adobe e 0,16% de taipa revestida e não revestida, de madeira, de materiais aproveitados e outros.

Comparando os dados de 2010 e 2012 observa-se que os números e percentuais apresentados tiveram pouca variação, no entanto, com relação às edificações com taipa revestida e não revestida, de madeira, de materiais aproveitados e outros houve acréscimo de 0,06% no período. Esses fatos podem ser atribuídos às questões socioeconômicas locais e à maior efetividade nas políticas públicas relacionadas a essas questões.

Outro dado considerado importante é que a Atenção Básica do Município, em relação às ESFs, atendeu, no referido ano, 234.675 pessoas, equivalendo a 61% do total da população, sendo 121.798 mulheres e 112.877 homens. Quanto ao número de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, esse índice corresponde a 100% do quadro profissional sugerido para as estratégias, ou seja, existe 01 profissional por categoria para cada equipe e, no que concerne aos demais profissionais das ESFs, há 45 dentistas, 45 auxiliares de saúde bucal, 474 agentes comunitários e 38 técnicos de saúde bucal. (SIAB - DATASUS, 2012).

O quadro 21 diz respeito ao número de UBS e suas modalidades no município, num total de 86 delas. São 15 as ESFs urbanas e 08 rurais; as EACSs são 08; as ESFs SB MI representam 36 urbanas e 01 rural; as ESFs SB MII, 07 urbanas e 01 rural; e a modalidade Tradicional 10.

Quadro 21: Levantamento UBS/SRS do Município de Montes Claros

LEVANTAMENTO UBS/SRS DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS				
MONTES CLAROS	**Modalidades**	**Localidade/Zonas**		**Totais**
		Urbano	**Rural**	
	Estratégia Saúde da Família - ESF	15	08	23
	Estratégia do Agente Comunitário de Saúde- EACS	08	-	08
	Estratégia Saúde da Família - SB- MI	36	01	37
	Estratégia Saúde da Família - SB- MII	07	01	08
	Tradicional	10	-	10
TOTAL GERAL			**86**	

Fonte: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE; SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE MONTES CLAROS, 2012 **Org.:** SILVEIRA, 2012.

De acordo com o Boletim Informativo sobre a Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, escrito pelo Sr. José Wilson dos Santos em 15 de maio de 2012, p. 01 e 02, intitulado “Estratégia Saúde da Família - números mostram porque Montes

Claros é o 8º melhor município mineiro em saúde pública", com registros da entrevista concedida pelo Secretário Municipal de Saúde, Dr. Geraldo Edson Guerra, são destacadas a seguir partes desse registro. Quanto aos números:

> Se os números relativos à zona rural, em três anos, impressionam, os da cidade confirmam a atenção que a Prefeitura dedica à saúde preventiva e mostram porque o IDSUS/2012, do Ministério da Saúde, considera Montes Claros o 8º melhor município mineiro em saúde pública. A Prefeitura ampliou em cerca de 30% o número de unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) - de 59 para 76 -, aprimorou o corpo técnico e mantém uma rotina de funcionamento que garante atendimento diário às pessoas tanto na sede quanto na zona rural. (BOLETIM INFORMATIVO-PMMC, 2012).

Quanto à composição das equipes das ESFs e dados de atendimentos:

> Cada equipe de ESF é composta de médico, enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, um zelador e equipe de saúde bucal com dentista e técnico de higiene dental ou auxiliar de consultório dentário. Dez dessas equipes trabalham diariamente na zona rural e possibilitaram, em três anos, 660.482 procedimentos, 84.212 consultas médicas e 22.965 visitas domiciliares. A Secretaria Municipal de Saúde estuda plantões odontológicos nos finais de semana para comunidades ainda não contempladas com esse atendimento, bem como mutirões de saúde. Somente as ESF proporcionaram à população montesclarense, nesses três anos de administração, quase 700 mil consultas médicas -168.389 delas em apenas um ano nas 66 unidades espalhadas pela cidade, que, nesse período, registraram também 597.625 visitas domiciliares. São números normais na rotina de trabalho das ESF, em se tratando de saúde preventiva, cujos procedimentos são naturalmente voltados para a prevenção das doenças. "Para prevenir, nada melhor do que ir até o cidadão antes que a enfermidade se manifeste", explica o secretário de Saúde Geraldo Edson Guerra, citando que no período de um ano (2009) as ESF urbanas registraram 354.774 procedimentos médicos. (BOLETIM INFORMATIVO-PMMC, 2012).

Nesse contexto, o município foi apontado entre aqueles que prestam serviços de qualidade em Saúde Pública do Estado, especialmente na Atenção Básica, com índice acima da média (9,32). O método utilizado pelo Ministério da Saúde foi o de amostragem efetuado pela SMS- Prefeitura Municipal de Montes Claros. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2012).

4.6 Referência e Contrarreferência na prestação de serviços de saúde na Microrregião de Montes Claros

As Normas Operacionais de 2001, no primeiro capítulo, orienta que a assistência à saúde seja regionalizada e hierarquizada com equidade nos serviços prestados e estabelece que atue de forma democrática e cidadã. Para isso, a NOAS propõe planejamento integrado às noções de territorialidade, o que possibilitará a identificação do que é prioritário nas intervenções e, como resultado, a funcionalidade prevista pelo SUS será concretizada, isto é, haverá o acesso dos cidadãos à resolução dos problemas de saúde. Dessa forma, os serviços precisam ser potencializados e regionalizados desde a menor base territorial de planejamento na região, como orienta a NOAS, que absorve um ou mais módulos assistenciais.

Quanto ao município sede do módulo, este terá a capacidade de oferta completa ao primeiro nível de referência intermunicipal, como coordenador da Atenção Primária nos municípios adstritos. O município-polo conduzirá os diversos níveis de atenção da área afim, nesse sentido, essa conduta englobará a atuação dos serviços de vigilância sanitária e epidemiológica, de educação em saúde e controle dos vetores, assim como iniciativas para a atenção ambulatorial e hospitalar nos níveis de complexidade. Se essas ações sequenciais forem desenvolvidas nos módulos, com certeza assegurarão atendimentos justos, humanos e qualitativos (NOAS, 2001).

Os serviços de Atenção Primária têm como ponto de partida as Unidades Básicas de Saúde, são delas que nascem as soluções para outros serviços de maior complexidade, chegando assim, aos Centros de Especialidades, Hospitais de Referência, os quais serão selecionados de acordo com a demanda e necessidade. Partindo desse pressuposto, a técnica em saúde de nível superior, especialista em Saúde Pública, Bucal e em Atenção Primária da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros foi entrevistada[33], em 25 de outubro de 2012, a respeito do comportamento municipal quanto à Referência e Contrarreferência.

[33] Entrevista escrita. As questões foram enviadas via e-mail e retornadas pelo mesmo método.

Ao ser questionada sobre a importância do Sistema de Referência e Contrarreferência nas práticas da Saúde, a tecnóloga respondeu que:

> *O Sistema de Referência e Contra-Referência [é] um dos pontos importantes para viabilizar a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que é a partir da sua estruturação que o encaminhamento de pacientes aos diversos pontos de atenção torna-se possível. Entretanto, deve ser discutida a integração entre os diferentes pontos de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), de modo que essa questão está intimamente ligada às questões de acessibilidade, universalidade e integralidade da assistência.* (SIC – E9 – APÊNDICE 11).

Posteriormente, indagou-se sobre o processo de Referência, exemplificando a respeito do mesmo.

> *A "Referência" acontece quando a Unidade Básica de Saúde não está preparada para resolver o problema de saúde do usuário devido ao seu escopo de serviços e tecnologias, então o encaminha para o ponto com um nível de complexidade maior, onde será possível um cuidado qualificado e adequado ao grau de complexidade do problema de saúde identificado. Exemplo: Atenção Primária encaminha o usuário [com] necessidade de implantes dentários ao Centro de Referência Secundário (ambulatorial especializada). O Centro de Referência Secundário encaminha o usuário com necessidade de cirurgia ortognática à Unidade de Referência Terciária (Hospital).* (SIC – E9 – APÊNDICE 11).

A seguir, a técnica também explicou sobre a Contrarreferência e a exemplificou.

> *A "contrarreferência" se trata do retorno do usuário ao nível encaminhador (atenção primária), onde será possível a continuidade do cuidado ao usuário em um ponto de atenção à saúde menos complexo e, por sua vez, mais abrangente, sustentado pelo autocuidado apoiado. A contrarreferência deve ser sempre feita por meio de um Plano de Cuidado contendo as orientações específicas para o cuidado da condição de saúde do usuário, possibilitando a equipe da atenção primária dar continuidade ao cuidado do usuário. Exemplo: utilizando o exemplo anterior, o usuário que recebeu os implantes no Centro de Referência Secundária, é contra referenciado (devolvido) à equipe de atenção primária, enviando um Plano de Cuidado para que o usuário seja acompanhado.* (SIC – E9 – APÊNDICE 11).

Ao concluir a entrevista, foi solicitado que a profissional da saúde relatasse sobre o seu conhecimento na Região Ampliada Norte e como o processo acontece na prática.

> *A Contrarreferência tem dificuldades de ser efetivamente realizada na Macrorregião Norte devido alguns fatores, tais como: pouca utilização do Plano de Cuidado, desorganização da rede (os usuários conseguem ser atendidos diretamente nos Centros de Referência Secundário e Terciário, sem intermediação da Atenção Primária), falta de integração dos pontos de atenção da rede, entre outros.* (SIC – E9 – APÊNDICE 11).

De acordo com a técnica entrevistada, em Montes Claros e demais municípios da Região Ampliada Norte, no que é relativo à Média e Alta complexidade, existem dificuldades de dados disponíveis:

> *Primeiramente se esclarece que as análises para esta área são os resultados dos levantamentos quanti qualitativos do Sistema. Esses estão disponibilizados nos relatórios do Sistema de Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde – SCNES, somente para as Instituições envolvidas. As análises efetuadas são bastante dedutivas, pautadas nas experiências vivenciadas pelos técnicos envolvidos e somadas às reclamações dos gestores municipais. Entre elas estão: a rotatividade de funcionários, a falta de oferta de treinamentos nas especialidades necessárias dos atendimentos de média e alta complexidade, grande demanda de trabalho, especialmente em Montes Claros, devido às necessidades dos atendimentos na região, dificuldade de controle dos processos organizativos da rede de saúde, pois muitas áreas são ainda deficientes especialmente pela escassez de médicos especialistas na região.* (SIC – E9 – APÊNDICE 11).

O Relatório de Gestão da PMMC (2011, p.15) registra que, no nível de Alta Complexidade, o município tem se esforçado para atender conforme as propostas de funcionamento sugeridas pelo sistema, porém os números de atendimentos executados e previstos ainda não são suficientes no acolhimento da demanda. Destarte, a Região Ampliada de Saúde está implantando fluxos para um melhor desempenho do Sistema de Atendimentos, que tem como suporte os relatórios das Gerências que envolvem a saúde, de modo que os usuários sejam assistidos primeiramente nas regiões onde esses usuários se encontram sediados.

4.7 As Especificidades Médicas e as Policlínicas Especializadas em Montes Claros

A cidade de Montes Claros tem experimentado um crescimento significativo no espaço da saúde, no que diz respeito aos serviços especializados, principalmente após a implantação do SUS. Além dos hospitais e clínicas, este aglomerado urbano possui 64 farmácias e drogarias e uma singular rede de serviços em Policlínicas integradas aos sistemas públicos e privados inerentes das demandas de saúde locais e regionais (TELELISTASNET[34], 2012). Guimarães (2001, p. 156-157), ao tratar do assunto, registra que a rede de saúde está conectada não só aos equipamentos a ela necessários, mas também ao conjunto dos agentes sociais que dela dependem em determinada área. No quadro 22 estão evidenciadas as Policlínicas locais, em que se observam as diversidades oferecidas pelas clínicas e suas áreas de atendimentos.

As especificidades das clínicas se estabelecem a partir da visão dos profissionais que gestam os empreendimentos de saúde locais e regionais. Estes são os multiplicadores dos serviços especializados principalmente na área urbana, como é o caso do Laboratório Santa Clara, que possui 10 unidades de prestação de serviços em análises clínicas na cidade, assim como o Laboratório Voumard, com suas 03 unidades. O mesmo acontece com as clínicas odontológicas, que alguns odontólogos possuem mais de uma, em locais diferentes da cidade, atendendo aos clientes em dias alternados. Somando aos dados informados, acrescenta-se que existem em Montes Claros 09 clínicas de próteses particulares e 183 dentistas especialistas confirmados pela Telelistanet, 2012.

[34] Por falta de dados disponibilizados pelas clínicas médicas, usou-se, nesta pesquisa, o site http://www.telelistas.net/mg/montes+claros de domínio público, específico para empresas e profissionais de todo o Brasil compartimentado por estados brasileiros e suas cidades.

Quadro 22: Policlínicas e suas especialidades em Montes Claros

Policlínicas em Montes Claros- 2012			
Alcoolismo - Tratamento	**01**	**Hospitais Públicos**	**02**
Clínicas de Dermatologia	**02**	**Hospitais Particulares**	**07**
Clínicas de Estética	**11**	**Laboratórios de Análises Clínicas**	**22**
Clínicas de Fisioterapia	**10**	**Clínica de Alergia e Imunologia**	**01**
Clínicas de Olhos	**02**	**Clínica de Geriatria**	**01**
Clínicas de Psicologia	**17**	**Clínica de Oftalmologia**	**06**
Clínicas de Repouso	**01**	**Clínica de Ortopedia e Traumatologia**	**04**
Clínicas Médicas	**17**	**Clínica de Patologia**	**01**
Clínicas Odontológicas	**28**	**Clínica de Pneumologia**	**04**
Clínicas Ortopédicas	**01**	**Clínica de Psicólogos**	**20**
Clínicas Pediátricas	**01**	**Clínica de Raios X - Consultórios**	**01**
Fisioterapeutas	**12**	**Spa - Clínicas**	**01**

Fonte: TELELISTANET; LISTA TELEFÔNICA, 2012. **Org.:** SILVEIRA, 2012.

Quanto às especialidades médicas, nota-se que estas tiveram um crescimento de 18,8% nos últimos 07 anos. De acordo com Pereira (2005 p.142), em 2005 existiam 255 médicos especialistas e em 2012, segundo o Catálogo Médico de Montes Claros (2012), totalizaram 1355, onde as especialidades de maior expansão foram: cardiológicas, clínicas gerais, ginecológicas e obstetras, oncológicas, por exemplo. (ANEXO VII).

Nesse sentido, a proposta do Sistema Único de Saúde com seu novo modelo assistencial veio provocar mudanças radicais nos serviços da área, quando a saúde passou a ser definida como um direito do cidadão. O município em estudo recebeu, no seu interior, os reflexos advindos da nova modalidade de saúde, bem como da ampliação necessária para a eficiência e eficácia dos serviços médicos prestados.

No ANEXO VIII (quadro 24) estão descritos todos os serviços contratados pela Prefeitura Municipal de Montes Claros via Secretaria Municipal de Saúde no que diz respeito aos 06 Hospitais; 23 Laboratórios de Análises Clínicas e Patológicas; 04

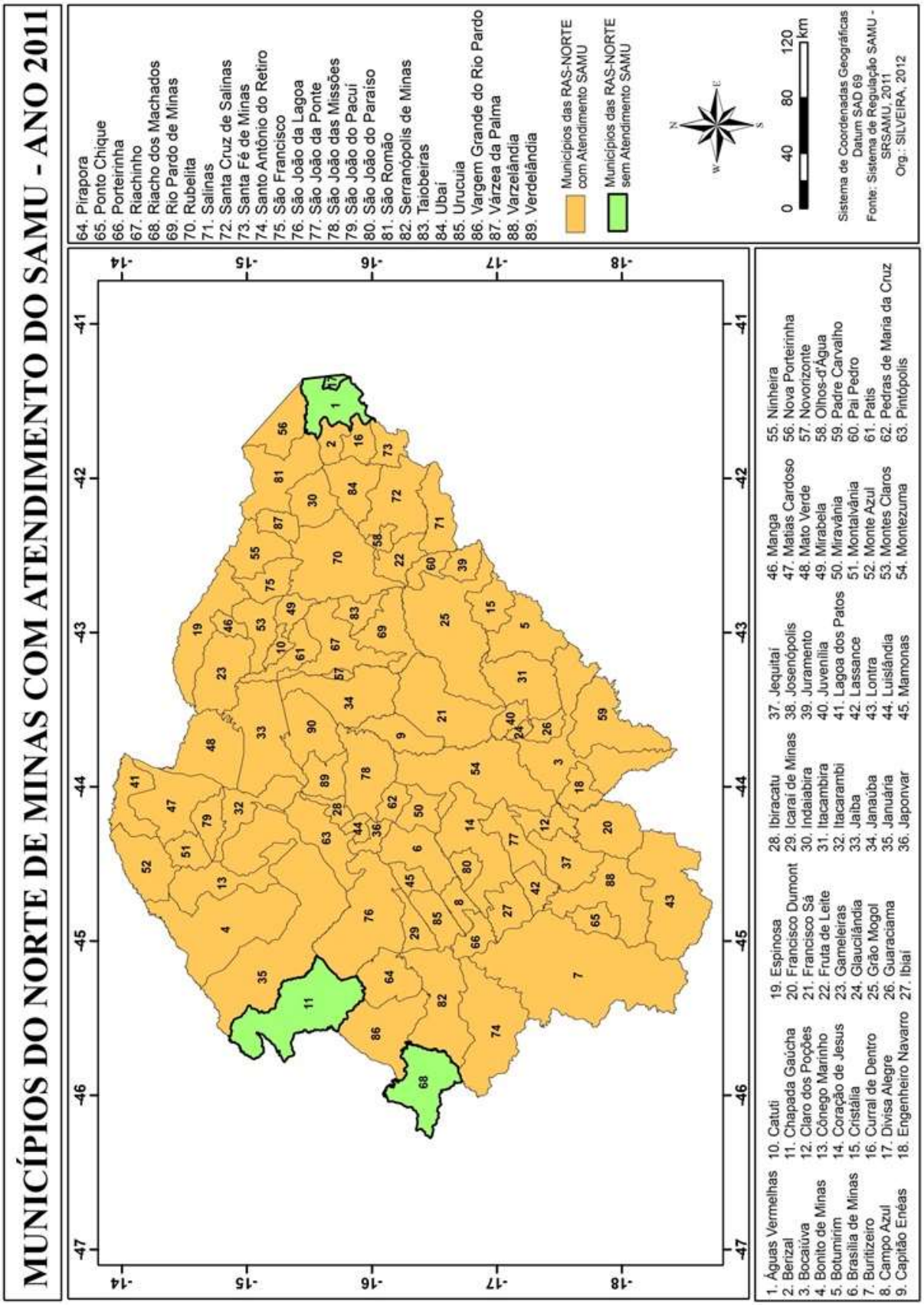
serviços de Raios-X; 05 Clínicas de Fisioterapia; 02 Hospitais com serviços de Nefrologia e nos serviços de Oncologia, 02 Hospitais.

4.8 O Território do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 – no Território da Região Ampliada de Saúde Norte

O SAMU no norte de Minas foi implantado em 2009 através da Portaria Ministerial nº 129/2009 com o objetivo de prestar socorro adequado e humanizado aos usuários do SUS. No Complexo Regulador funcionam a Central de Regulação de Urgências/SAMU da Região Ampliada de Saúde Norte e a Central de Regulação Assistencial, sempre firmado em um Consórcio Tripartite: 25% municipal, 25% estadual e 50% federal; todavia, no início da implantação no Norte de Minas os municípios entraram com 10% para custeio do SAMU, o estado de Minas com 65% e 25% do governo federal. (RELATÓRIO DE GESTÃO SAMU, 2012).

Completaram-se, em 2012, três anos de experiência do atendimento e está a serviço de 1,6 milhões de pessoas, além de demonstrar grande importância na execução do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Norte de Minas – CISRUN -, sediado em Montes Claros. O ANEXO IX (quadro 25) expõe sobre o relatório dos atendimentos feitos pelo SAMU (2012) por chamados e ambulâncias em 86 municípios e 01 não identificado. Tanto no anexo como no mapa 16, é verificado que os municípios de Águas Vermelhas e Divisa Alegre, a nordeste, bem como Chapada Gaúcha e Riachinho, a noroeste, não são atendidos por esse serviço. Esses, apesar de fazerem parte da Mesorregião Norte de Minas, foram inseridos nas Regiões Ampliadas de Saúde Nordeste e Noroeste, segundo os critérios adotados para a elaboração do Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Nesse âmbito, o município de Joaquim Felício, que se integra à Mesorregião Central Mineira no referido Plano, está associado à Região Ampliada de Saúde Norte. (IBGE, 2008; PDR/MG, 2006).

Mapa 16: Municípios do Norte de Minas com Atendimento do SAMU – ano 2011



A Região de Saúde Montes Claros/Bocaiuva tem sido a maior em número de atendimentos da Região Ampliada de Saúde Norte, com prevalência dos chamados e acolhimentos nos casos clínicos como síncope/desmaio, dores abdominais não diagnosticadas e crises convulsivas. Nos casos externos, prevalecem aqueles relacionados aos acidentes de trânsito, especialmente de motos e quedas de alturas. Segundo a Central de Regulação Médica das Urgências, o Serviço recebe uma média de 300 ligações por dia, 80% delas totalizam aproximadamente 100 saídas de ambulâncias para acolher ou transferir pacientes de uma Unidade Hospitalar para outra. (RELATÓRIO DE GESTÃO SAMU, 2012).

O quadro 26 expõe o consolidado dos serviços prestados pela Central de Regulação Médica de Urgências no período de 2009 a 2012, o que confirma a importância desse serviço para a Região Ampliada de Saúde Norte. Nesse aspecto, o Corpo de Bombeiros e a Polícia Militar também participam diretamente dessa atividade na área urbana e adjacências da cidade de Montes Claros e região.

Quadro 26: Consolidado dos Serviços Prestados – Central de Regulação Médica das Urgências de 2009 a fevereiro de 2013

TIPOLOGIAS	NÚMEROS DE ATENDIMENTOS
CHAMADOS	**307.102**
ATENDIMENTO COM AMBULÂNCIA	**114.173**
TRANSPORTE/TRANSFERÊNCIA	**2.873**
ORIENTAÇÃO MÉDICA	**158.120**
ENCAMINHAMENTO AOS HOSPITAIS	**79.568**
PACIENTES LIBERADOS NO LOCAL	**37.458**
SAÍDAS COM AMBULÂNCIAS USA/USB	**129.650**

Fonte: CISRUN, 2012; SMS/PMMC, 2011. **Org.:** SILVEIRA, 2012.

A figura 34 apresenta fotos da atual estrutura física do SAMU.

Figura 34: Sede do SAMU 192, Montes Claros.



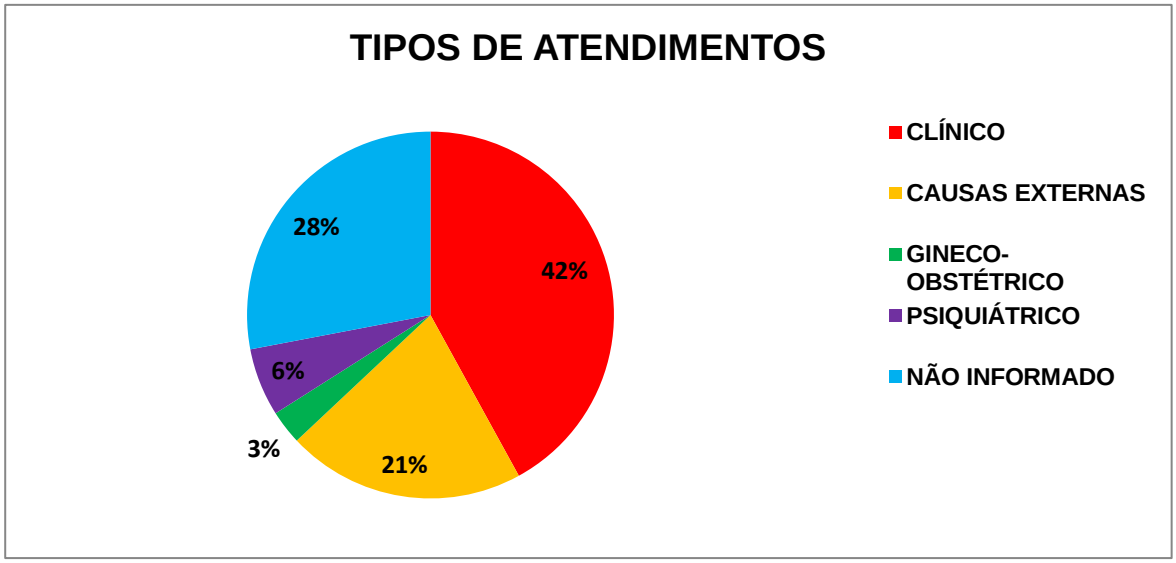
Fonte: MARÇAL; SAMU, 2009. **Org.:** SILVEIRA, 2012.

A estrutura do SAMU, em 2012, conta com 40 Unidades de Suporte Básico – USB; 07 Unidades de Suporte Avançado – USA, distribuídas em 37 bases descentralizadas e reguladas pela base operacional de Montes Claros. Para tal, a equipe SAMU estudou detalhadamente a distribuição dos serviços no norte de Minas, pois é uma região extensa, de municípios distantes e de considerável densidade demográfica. O SAMU é o elemento ordenador e orientador da Atenção Pré-Hospitalar, registra por plantões o quadro técnico-administrativo dos servidores hospitalares integrados à Rede de Urgência e Emergência da Regional Norte. Quanto aos atendimentos com ambulância na Macro Norte, 89% destes são referentes às USBs e 11% correspondem às USAs.

Em 2013, a equipe do SAMU conta com cerca de 600 funcionários, destes, 70 são médicos reguladores e intervencionistas, 35 são enfermeiros, 225 são técnicos de enfermagem, 236 condutores/socorristas, 19 são administrativos e rádios-operadores e há 12 equipes técnica-administrativas para as bases da região. Na Central de Regulação estão disponibilizados 03 médicos reguladores por plantão, que orientam, por telefone, nas solicitações e decidem como serão os atendimentos, também 04 telefonistas auxiliares de regulação e 02 rádios-operadores. Nas 47 unidades móveis, atuam por plantão, 101 profissionais socorristas, que atendem aos casos clínicos, traumáticos, gineco-obstétricos e psiquiátricos.

No gráfico 05, apresentam-se os dados dos tipos de atendimentos disponibilizados pelo SAMU, entre eles está evidenciado que 28% dos mesmos não possuem informações precisas. Esses atendimentos, segundo o SAMU (2012), são referentes a trotes telefônicos e ligações perdidas, mas geradas pela Central SAMU, ou contatos telefônicos de usuários para obter orientações quanto aos casos de enfermidades que não justificam procedimentos ligados aos tipos de atendimento desse serviço; 42% são casos clínicos que, com a mediação do serviço, minimizam as possíveis internações. Todos os atendimentos comunicados à Central do SAMU são acompanhados e, nos resgates, obedecem ao Protocolo de Suporte Básico de Vida, nesses casos, a Unidade é monitorada em todo o percurso, na sede e fora dela. (RELATÓRIO DE GESTÃO SAMU, 2012).

Gráfico 05: SAMU – Tipos de Atendimentos na Macronorte



Fonte: SRSAMU/SISTEMA DE REGULAÇÃO SAMU, 2011 **Org.:** SILVEIRA, 2012.

A Equipe do SAMU implantou o Núcleo de Educação Permanente – NEP - que busca manter a eficácia no atendimento nas 37 bases, as quais são treinadas e monitoradas mensalmente na elaboração dos Protocolos Assistenciais ligados aos atendimentos dos 20 hospitais da Rede de Urgência e Emergência. Ao entrevistar um usuário do Serviço, professor do Ensino Superior na cidade de Montes Claros[35], sobre o seu grau de satisfação na prestação dos serviços de atendimento do SAMU,

[35] Professor da Unimontes e participante do Conselho Municipal de Saúde.

o entrevistado, que por duas vezes teve familiares atendidos pelo sistema, respondeu:

> *Quanto ao tempo de atendimento nas duas vezes que usei os serviços, a média de tempo para a chegada da ambulância foi de 10 minutos. Os profissionais foram meticulosos, bem treinados e eficientes nas etapas dos atendimentos, fato que gerou tranquilidade aos pacientes e família. Enquanto parte da equipe fazia os atendimentos, um técnico preenchia as fichas com os dados necessários, identificação de medicamentos e de outros procedimentos importantes para a conduta dos pacientes.* (SIC – E10 – APÊNDICE 12).

E quanto à recepção nos hospitais, como ocorreram?

> *O primeiro atendimento foi feito pelo Corpo de Bombeiros, no segundo, pelos profissionais do SAMU que prestaram o atendimento para os encaminhamentos. O que mais demorou foram os atendimentos médicos, pois no Hospital Santa Casa, o pronto-socorro de emergência do Plano de Saúde Santa Casa, em todas as duas vezes, estava congestionado, e a equipe de saúde dos plantões não era suficiente para a demanda. Entendo que o SAMU cumpriu perfeitamente sua missão nos dois atendimentos. Os problemas posteriores já não eram mais de responsabilidade do SAMU.* (SIC – E10– APÊNDICE 12).

Durante o processo de levantamento dos dados para o delineamento do Sistema de Saúde na cidade de Montes Claros, foi constatado que o município estabeleceu metas para gestão na área da saúde, assim como na aplicação dos recursos financeiros, a partir do Planejamento Trienal (2010-2013). Este, constituído como exigência formal do Conselho Municipal de Saúde, sendo instrumento processual da construção do SUS e base de análise nas tomadas de decisões relativas à saúde para os dois próximos anos.

No ano de 2012, com a mudança de gestão da Secretaria Municipal de Saúde, é observado um esforço por parte da equipe para equacionar os instrumentos de planejamento e diretrizes de controle social da saúde, principalmente no caso das ESFs/UBSs, quanto à prestação dos serviços. Também ressalta-se que, durante o período dessa investigação, houve, em muitos momentos, um despreparo técnico-

administrativo no fornecimento dos dados e informações, bem como receio em repassá-los, especialmente por parte das instituições públicas.

No que concerne à estrutura, serviços e atendimentos do sistema, averiguou-se a existência de deficiências na Rede Hospitalar para os níveis de Atenção Primária, fato que indica carências no processo organizativo dela. Igualmente, existem deficiências nos âmbitos das Urgências e Emergências, nas Médias e Altas Complexidades, de profissionais, estruturas e serviços no emaranhado da Rede. Essas considerações não são somente peculiares ao município estudado e à Região Ampliada de Saúde Norte, pois se estendem também a todo estado brasileiro, dentro das suas especificidades.

O próximo capítulo tratará de uma caracterização socioespacial do bairro Morrinhos, descrevendo seus limites e potencialidades, que colaborarão como sustentáculo na produção e estruturação das informações obtidas, as quais contribuirão para orientar o processo de territorialização da Estratégia Saúde da Família.

CAPÍTULO 5
UMA CARACTERIZAÇÃO SOCIOESPACIAL DO BAIRRO MORRINHOS

Vista aérea parcial do bairro Morrinhos



Fonte: AEROMOC, 2012

"Era lá nos Morrinhos. Gostoso, tranquilo, olhando a cidade lá em baixo, sobressaindo às torres da catedral. Íamos a pé. Para ir, cruzávamos os trilhos da estrada de ferro na Melo Viana cheia de vendas, que começava no Tiro de Guerra na Praça da Estação, e subia até os morrinhos".
(JOSE PRATES, 2008)

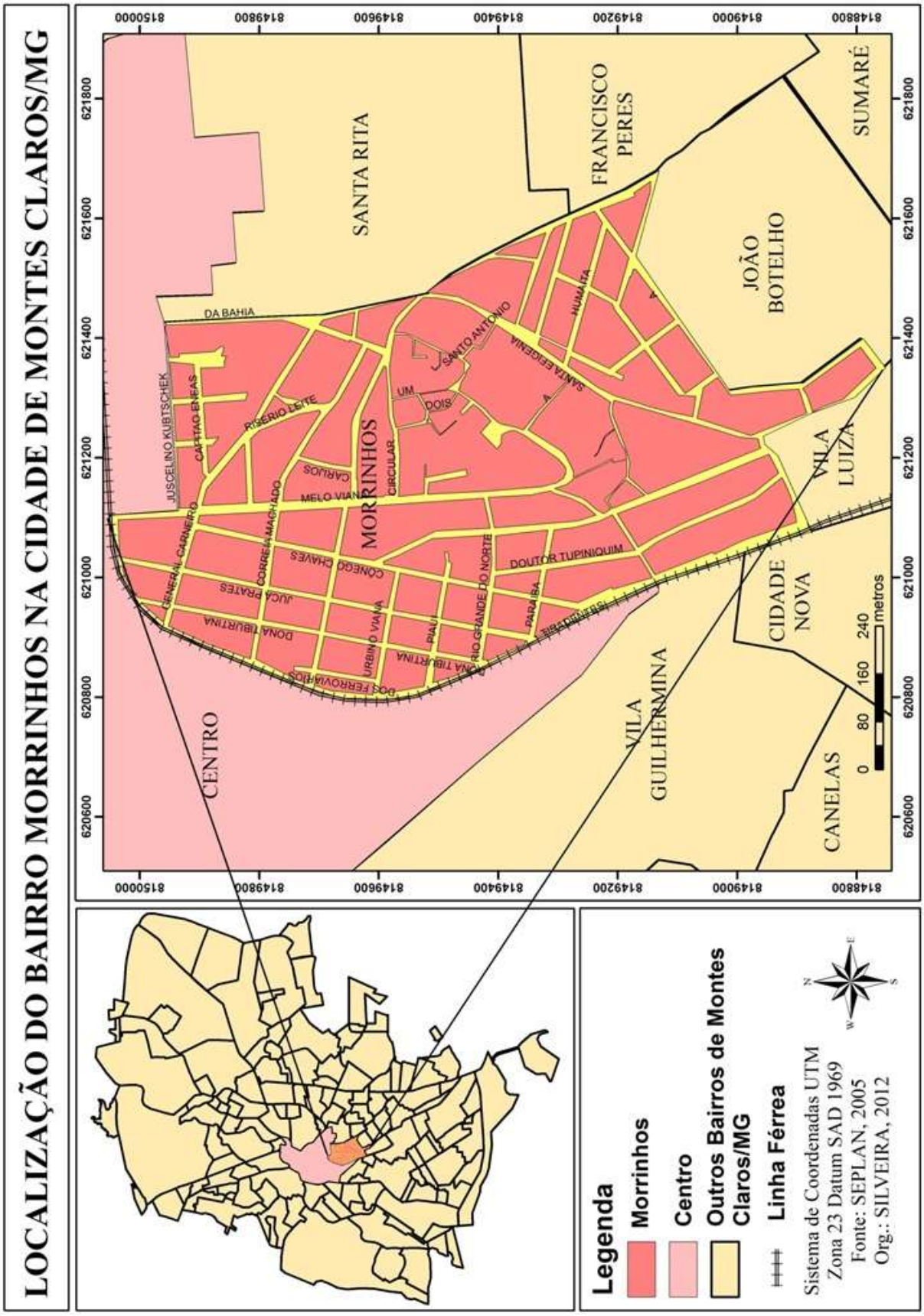
Este capítulo tem como proposito descrever sobre os limites e potencialidades socioespaciais do bairro Morrinhos, as quais servirão de suporte para a produção e sistematização das informações obtidas, corroborando para nortear o processo de territorialização da Estratégia Saúde da Família.

5.1 Um pouco da história e dos símbolos do Bairro

O bairro Morrinhos está localizado próximo a área central de Montes Claros e é considerado o mais antigo e tradicional da cidade. Faz limite ao norte com a parte central do sítio urbano, a oeste com parcela do Centro e Vila Guilhermina, ao Sul com o bairro São Judas Tadeu e a leste com o bairro Santa Rita e também com uma pequena faixa do bairro Nossa Senhora de Fátima. (BRASIL, 1983). Nos idos de 1930, com as transformações sucedidas na política brasileira, foram alterados os direitos trabalhistas do país, especialmente o dos trabalhadores rurais da ativa, os quais, em grande parte, foram demitidos. Associado a esse contexto, as famílias do campo sofriam com as sucessivas estiagens prolongadas, as quais comprometiam diretamente a produção da agropecuária regional. Devido a essas questões, houve um parcial esvaziamento no campo, e Montes Claros, sendo a maior cidade do norte de Minas e por possuir melhor infraestrutura e desenvolvimento, flexibilizou a atração dos imigrantes campo/cidade de outras áreas do município e da região.

No mapa 17, está exposto o espaço físico da delimitação do Morrinhos que foi estabelecido pela Prefeitura Municipal de Montes Claros através da Secretaria de Obras e Planejamento. O mapa 18 apresenta a mesma delimitação acrescida, porém, da Vila Luiza, incorporada à área de abrangência instituída para as ESFs Morrinhos I, II e III, local onde foi desenvolvido este estudo. É observado que o limite do Bairro Morrinhos, no que concerne à área de atuação das ESFs, extrapolam os limites físicos do mapa 17, ao atender alguns quarteirões dos bairros Santa Rita e João Botelho.

Mapa 17: Localização do bairro Morrinhos na cidade de Montes Claros/MG



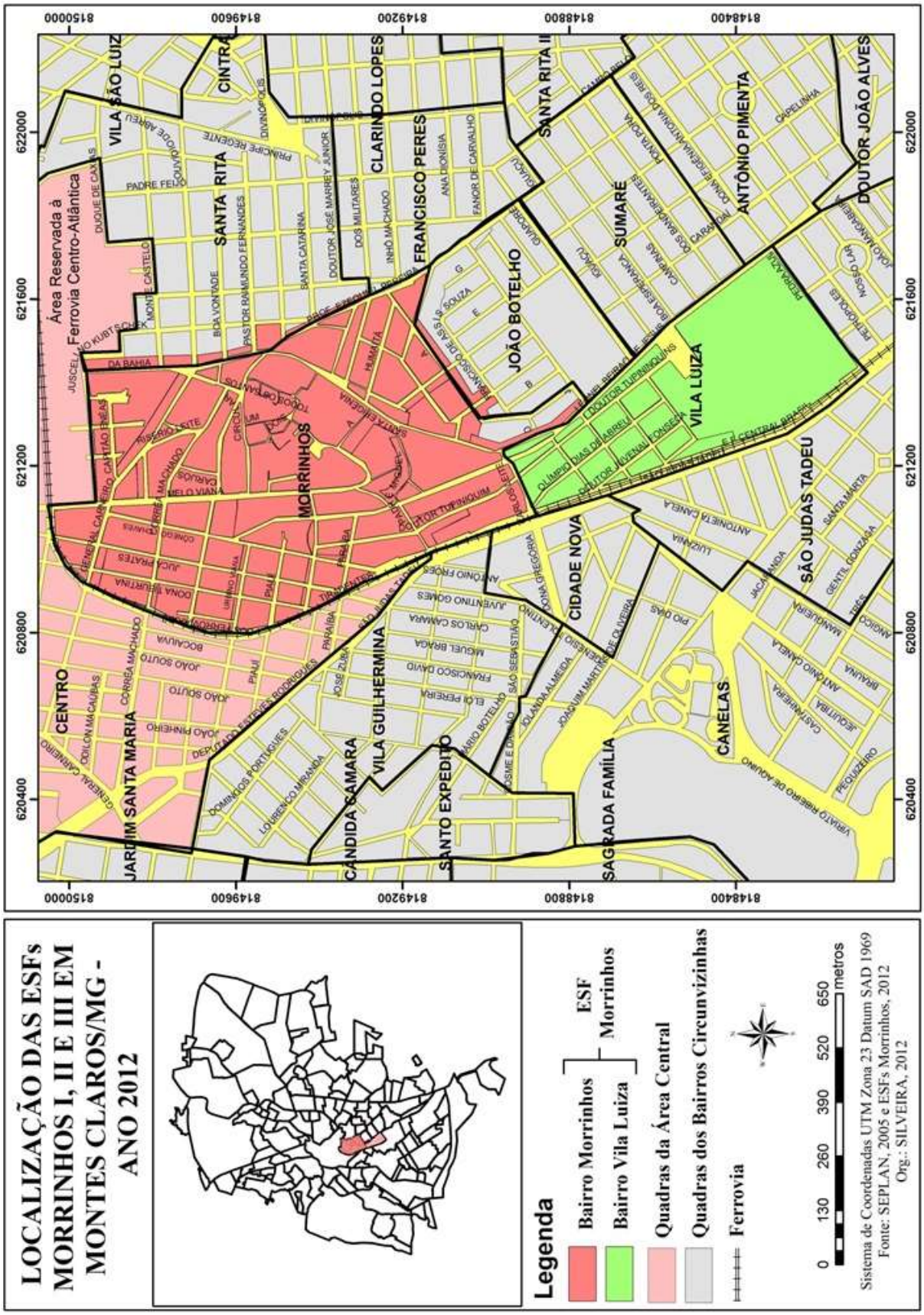
O bairro, nessa década, era concebido como área rural, pois a malha urbana de Montes Claros estava resumida ao atual centro comercial da cidade. Por possuir um relevo íngreme, teve o nome derivado do seu aspecto físico mais marcante, ou seja, o morro residual denominado Morrinhos.

De acordo com um antigo morador do bairro quando indagado sobre o início da história do Morrinhos, o mesmo respondeu:

> *Nasci, fui criado e me casei no bairro Morrinhos. Meus pais vieram da roça e suas famílias passaram a morar perto da área do morro. No princípio tudo era coberto de floresta, havia muitas minas de água no pé do morro. Era uma fazenda grande que foi vendida aos poucos; a Igreja Católica recebeu da família grande parte das terras e outras foram invadidas pelo povo que veio das roças de perto de Montes Claros por causa da seca. As famílias do frajelo das secas iam chegando devagar, uma instalava no lugar e avisava para outra. Veio da roça e também da região, grande parte de uma só família, cada uma ocupava uma pequena área. As famílias ajudavam construir os barracos, construíam suas casas de adobe, vara com enchimento, o piso era na terra e buscavam água na cabeça nas poucas cisternas existentes. Aos poucos foram melhorando as casas, pois arrumavam "bicos de emprego" para trabalhar, as mulheres lavavam roupas e trabalhavam nas casas das famílias melhores.* (SIC – E11- APÊNDICE 13).

A história relatada pelos moradores é a de que a sitiante Dona Germana Maria de Olinda, natural de Minas Novas-MG, uma das mais antigas moradoras do bairro, mudou-se para a cidade de Montes Claros e se instalou em área próxima ao topo do tradicional e conhecido "Morro do Morrinhos", hoje denominado oficialmente pela Prefeitura Municipal de Montes Claros -PMMC, como "Morro Dona Germana". Essa sitiante muito contribuiu para o potencial cultural e turístico da cidade, pois, no referido local onde habitava em cumprimento a uma promessa feita ao Senhor do Bonfim, construiu a primeira e única capela do Morro, hoje com 121 anos e tombada pelo Patrimônio Histórico-Cultural de Montes Claros através do Instituto Estadual do Patrimônio Histórico e Artístico de Minas Gerais-IEPHA/MG e é conservada pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais -COPASA. (NARCISO, 2006, p. 29).

Mapa 18: Localização da ESF Morrinhos I, II e III em Montes Claros/MG – ano 2012



Nas figuras 35 e 36 são apresentadas imagens da Igreja do Morrinhos. A primeira corresponde ao quadro do famoso pintor montes-clarense Godofredo Guedes e a segunda foi produzida após o tombamento em 1994.

Figura 35: Quadro de Godofredo



Fonte: ACERVO DA RÁDIO MONTES CLAROS 98 FM

Segundo Maurício (1988), Dona Germana aplicou e administrou todo o dinheiro até ao fim da construção da igrejinha tão sonhada com os poucos recursos que disponibilizava, além da arrecadação de donativos e esmolas. Abriu a subscrição da igreja em 24 de fevereiro de 1884 e dois anos depois, ela estava erguida. De acordo com Maurício (1988), a planta da igreja foi projetada pelo engenheiro francês Caillaud, “em uma forma colonial rústica com apenas uma torre, que lhe conferiu traços de grande singeleza”. Foi inaugurada com o nome de “Capela Santa Cruz” em 14 de setembro de 1886, sob a benção do padre Manoel Ribeiro Assunção, vigário desta paróquia, na festa de Santa Cruz nos Morrinhos, com participação intensa da população. Atualmente a Capela é conhecida pelo nome Capela Senhor

do Bonfim. Narciso (2006, p. 29), ao retratar sobre relatos dos antigos moradores do referido bairro, escreveu:

> *"Era tudo mato [...]" "[...] isso aqui era terra[...]" "a gente pegava lenha aí no morro pra gente cozinhar" '[...] isso aqui era uma fazenda" "[...]colina de Dona Germana[...]" "[...]Ela tá sepultada dentro da Igreja[...]" "[...] A filha* [adotiva] *dela fugiu com um palhaço de circo [...] e ela fez uma promessa que, se a filha dela voltasse, ela ia construir uma igrejinha lá em cima no morro. E a filha dela voltou e ela construiu a Igreja [...]" "[...] e doou as terra. Doou tudo pra Igreja, essas terra aqui[...]" "[...] aí foi apareceno uns mais esperto, pegano uma parte [...] vendeno[...] E aí a Igreja também muitas parte. E aí que cresceu o bairro. O bairro começou de cima do morro. Depois desceu[...]" "[...] o bairro, ele é velho, bem velho[...]" "[...]eu sou desse bairro e vou fazer 70 anos [...] quando nasci minha família já era daí[...]" "[...]tem mais de 60, 80 anos[...]"*

Figura 36: Igreja do Morrinhos pós restauração



Fonte: MARÇAL, 2009

Posteriormente, já em 1930, esse espaço passou a ser denominado e reconhecido na cidade como "Favela do Morrinhos", hoje identificado cientificamente que o bairro

teve seu início como uma “aglomeração subnormal” (LEITE *et al*, 2009, 28-29). Sua instalação foi efetivada a partir de 1936 em terras que pertenciam à Igreja Católica, e segundo os “informantes-chave”, em épocas anteriores, pertenciam a uma rica família da região. Os proprietários doaram as terras para a Mitra Diocesana e, com o passar do tempo, devido às invasões que ocorriam no local, foram vendidas para os moradores que ali se instalaram. Como citado anteriormente, construíam suas casas nos terrenos adquiridos e alguns desses foram objetos de invasões clandestinas. No decorrer do tempo devido, a “Lei de Uso dos Solos” do município, foram legalizados judicialmente. No bairro, ainda existem terrenos de heranças familiares não legitimados. Narciso (2006, p. 30), ao entrevistar um informante-chave, anotou que:

> *“[...]tinha aquela lei do mais forte[...]” “[...] o cara que era mais valente tomava a terra do outro[...]” “[...]tinha problema com polícia, policiamento e tudo[...]” “[...]e através desse trabalho que nós fizemo, nós conseguimo, dá a escritura pra eles. Quase todo mundo tem escritura [...]”*

Entre os primeiros moradores, Narciso (2006, p. 29-30) cita Dona Maria de Lourdes, Dona Santa, Dona Calú, Senhor Preto, Senhor Geraldo, Senhor Joaquim Faria, Senhor Joaquim Lopes, Senhor João Carreiro, Dona Filó, também Dona Emília, Dona Amélia e Dona Ana Maria, essas da família Teixeira. Ainda Senhor Benjamim José Leal, Dona Dora e Dona Cassimira, Senhor João Pimenta dos Santos (Mestre Zanza), Dona Maria Conceição da Rocha (Dona Sãozita), família Bastos, Senhor Leodoro, Dona Regina Dias, Senhora Isabel, além do Senhor Fanor de Carvalho (o único que tinha telefone na região e que era proprietário de uma jardineira, único meio de transporte coletivo na época) e os Senhores José Valério, Antônio Miguel, Ananias e Francelino. Narciso (2006, p. 30) ainda registra que muitos moradores tinham como renda a venda de lenha, que era retirada dos arredores. O bairro também, durante muito tempo, foi conhecido como boêmio, pois, segundo Borges (2007), os cabarés existentes ali congregavam 500 damas das camélias.

No contexto histórico, é importante referenciar sobre os “símbolos” que representam também a identidade do bairro, entre eles, estão o Mercado Sul, as ruas Melo Viana, Santa Efigênia e Circular, a Linha Férrea, a Igreja do Senhor do Bonfim, a Estação de Tratamento de Água - ETA da Companhia de Saneamento de Minas Gerais-

COPASA, a afiliada da Rede Globo de Televisão InterTV Grande Minas, a Estação de Rádio 98 FM, entre outros. A figura 37 apresenta os símbolos citados anteriormente.

Figura 37: Símbolos do bairro Morrinhos: 1-Mercado Sul; 2-Rua Melo Viana; 3-Rua Santa Efigênia; 4-Rua Circular; 5-Linha Férrea; 6-Igreja Senhor do Bonfim; 7-COPASA; 8-InterTV Grande Minas; 9-Rádio 98 FM



Fonte: SILVEIRA, 2012

Os quatro últimos símbolos estão localizados na praça que está no cume do Morro (figura 38) que é um dos pontos de encontro, de decisões (Salão Paroquial) e de lazer dos habitantes do bairro. Esta recebe o nome de “Manoel Quatrocentos”, em homenagem a um antigo morador do lugar, figura folclórica e homem simples, que veio da zona rural do município ainda pequeno. Fato ligado aos movimentos migratórios regionais que se intensificaram devido aos longos períodos de secas, evento que atraiu os seus poucos familiares para cidade de Montes Claros. Manoel foi escolhido pela sociedade montesclarense como parte integrante da história do município e do território do Morrinhos, marcando-a com seus relatos, simpatia,

benquerença, afetividade ao lugar e, ainda hoje, representa uma das figuras folclóricas locais.

Figura 38: Vista Panorâmica Parcial da Praça Manoel Quatrocentos do Bairro Morrinhos.



Fonte: SILVEIRA, 2013

A linha férrea inaugurada em Montes Claros em 1926 para transporte de cargas e passageiros perpassa por grande parte da cidade e, no bairro Morrinhos, é considerada a principal barreira física de acesso a ele, além de ser divisora das Microáreas das ESFs locais. A situação é atenuada pela existência de dois viadutos sob a via férrea: o Manoel Emiliano e o Chico Ornellas. (NARCISO, 2006, p. 33).

O Mercado Municipal Sul, localizado na Rua Melo Viana e foi inaugurado em 1970, o mesmo dispõe de infraestrutura e meio ambiente adequado para os consumidores. Nele estão concentrados serviços sociais disponibilizados à população do bairro, entre eles, destacam-se uma farmácia popular, além de bancas e lojas especializadas em itens alimentícios. A PMMC elaborou um projeto para revitalização do Mercado, que atraísse a comunidade para o local, e assim a mesma se tornaria consumidora dos produtos ali disponibilizados, tendo em vista o índice de

sacolões de frutas e verduras nas regiões circunvizinhas. Esse projeto previu também, atividades culturais e de divulgação de outros eventos, destinados aos fins de semana.

A estação da Rádio FM 98,9 foi a primeira emissora instalada no Norte de Minas e permanece até o momento 24 horas no ar, sendo inaugurada em 1981 e afiliada à Associação Mineira de Rádio, TV-ABERT e à Associação Mineira de Rádio e TV-AMIRT. O sinal por ela disponibilizado é captado em municípios do Norte de Minas e Sul da Bahia, entre eles, estão Bocaiúva, Juramento, Capitão Enéas, Janaúba, Coração de Jesus, Brasília de Minas, Porteirinha, São João da Ponte, Buenópolis, Francisco Sá, Mato Verde, Itacarambi, São Francisco, Joaquim Felício, Augusto de Lima, Francisco Dumont, Glaucilândia, Grão Mogol, Mirabela, Januária, Olhos D'água, Engenheiro Navarro, Engenheiro Dolabela, Pirapora, Claro dos Poções, Lagoa dos Patos, Patis, Botumirim e Ubaí (MONTESCLAROS.COM; PESQUISA DIRETA, 2012). A Inter TV Grande Minas, emissora da televisão brasileira afiliada à Rede Globo, pertencendo à Rede Inter TV, está instalada desde 1981 em Montes Claros, oferecendo cobertura a toda a região Norte Mineira e parte das regiões Noroeste, Central e Vales do Jequitinhonha e Mucuri de Minas Gerais. (MONTESCLAROS.COM, PESQUISA DIRETA, 2012).

É preciso ressaltar que tanto a Inter TV como a Rádio 98,9 FM são parceiras na divulgação dos projetos do Bairro, como também das atividades a serem executadas no âmbito da saúde, têm sido canais de divulgação das notícias para a comunidade envolvida. (PESQUISA DIRETA, 2012)

5.2 A Geografia, infraestrutura e aspectos socioculturais

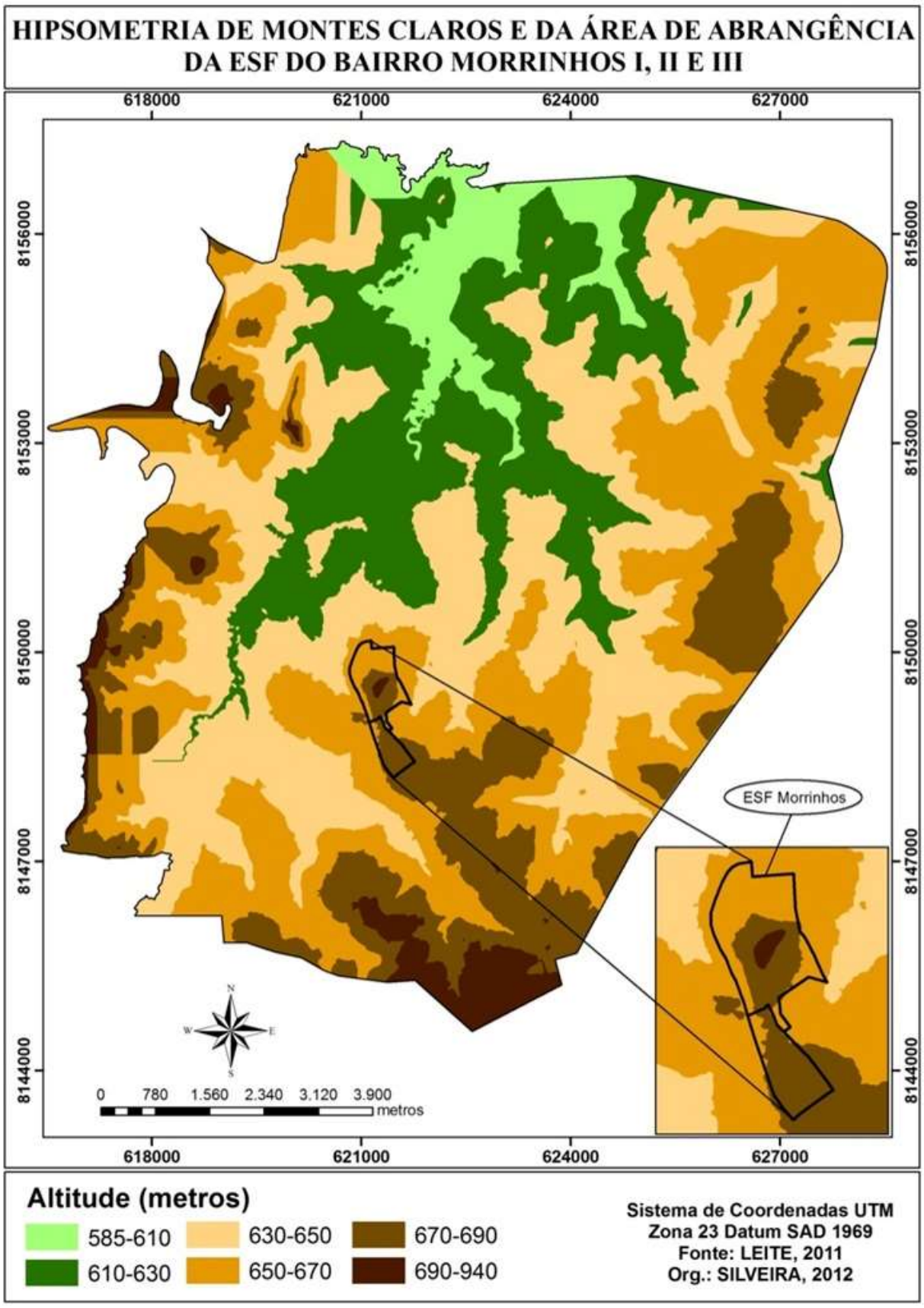
O bairro é dotado de topografia irregular com áreas íngremes e outras planas, fatores que muito contribuem para a distribuição da população local, bem como no comprometimento dos ambientes físicos, especialmente nas áreas mais abruptas.

No mapa 19, pode ser verificada a altimetria do bairro, a qual foi elaborada com base nos pontos de GPS Geodésico extraídos pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais-COPASA, a partir do Levantamento Topográfico realizado no ano de 2005**.** No topo do Morro, a altitude varia entre 690-940 metros, o que justifica poucas áreas planas no cume. A seguir, na parte mediana, a altitude correspondente está entre 670-690 metros, ocupando uma área significativa do morro; a mais próxima da base entre 650-670 metros, as quais possuem menor inclinação e correspondem aquelas que perfazem o maior percentual de extensão do bairro, sendo esta a mais habitada em que os domicílios são de melhor estrutura.

O bairro é majoritariamente pavimentado, possuindo uma rua sem calçamento (Rua Príncipe da Paz) e outra com revestimento de bloquetes (blocos hexagonais de cimento, na Rua Juscelino Kubitschek). Segundo informantes-chave, a urbanização do bairro foi iniciada a mais de 70 anos, todavia os becos foram pavimentados nos anos de 1980, fruto do trabalho da Associação de Moradores do Bairro Morrinhos. A Rua Circular foi a primeira a ser aberta e pavimentada, constituindo-se como uma das mais conhecidas pelos moradores. (CAMPOLINA, *et al*., 2011).

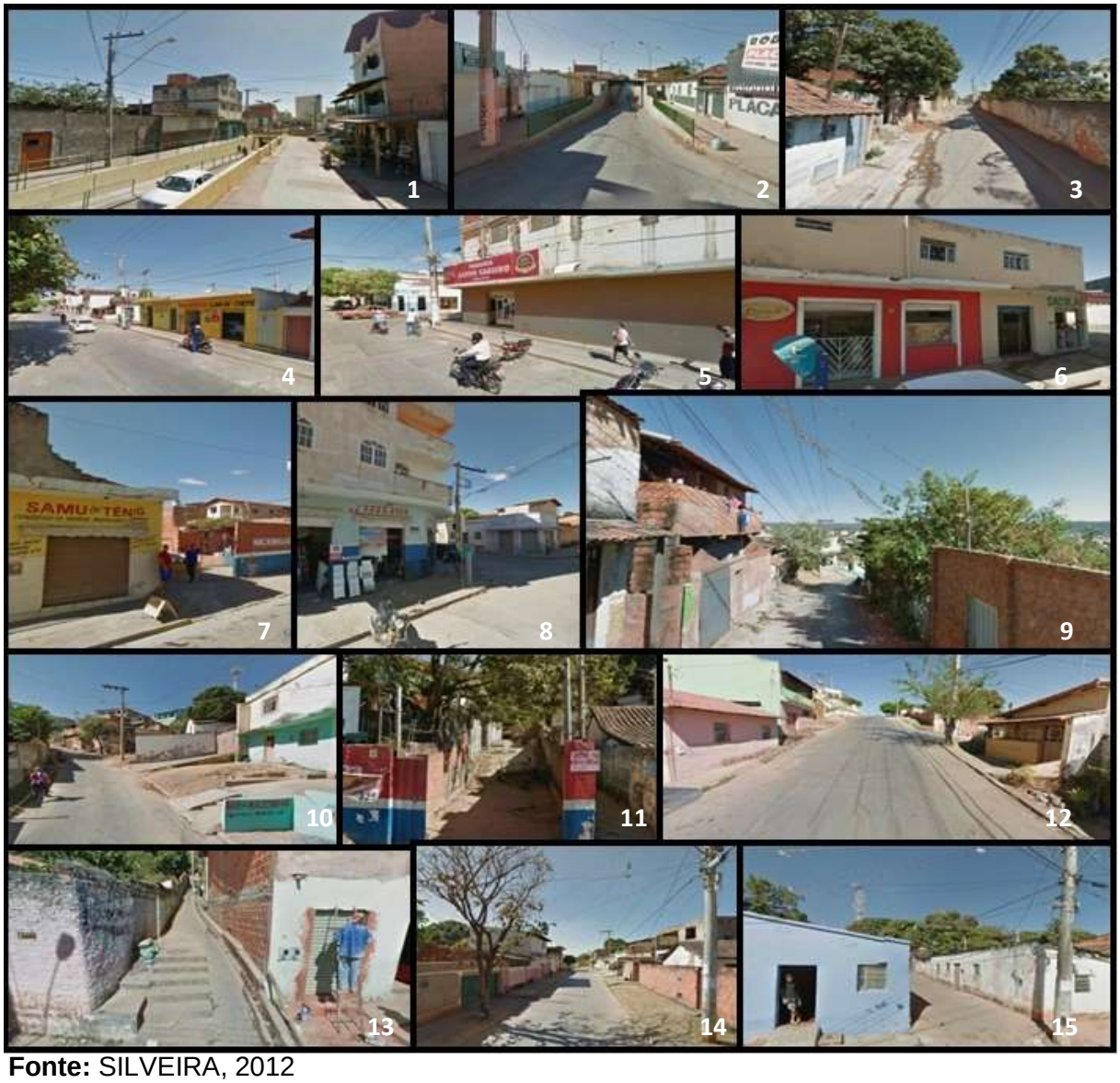
A comunidade envolvida desfruta de uma infraestrutura suficiente para a demanda local, entre ela, destacam-se muitos pontos comerciais, serviços de telefonia pública, saneamento básico, asfalto, iluminação em todas as ruas, além de água tratada e coleta pública de lixo. Todavia, entre as reinvindicações dos entrevistados estão a substituição das ruas com revestimento de pedras para asfalto, melhoria das poucas praças existentes, incluindo equipamentos para lazer, especialmente para as crianças. No que se refere à saúde, a instalação de um posto de saúde, além da construção de outros viadutos com estruturas previstas para passagem segura dos pedestres nas áreas que fazem limites com a via férrea.

Mapa 19: Hipsometria da Cidade de Montes Claros e da Área de Abrangência da ESF do Bairro Morrinhos I, II e III.



No que tange à questão econômica, o bairro possui uma diversidade de instituições comerciais consideradas importantes (figura 39) como padarias, mercearias, sorveterias, sacolões de frutas e verduras, supermercados, açougues, lanchonetes, bares e restaurantes, lojas de confecções, carpintarias, serralherias, oficinas mecânicas, depósitos de construção, topa-tudo, vídeo locadoras, imobiliárias, farmácias, funerária, moto-táxi, lan house, papelaria, venda de gás de cozinha, cabeleireiros, salões de beleza e também prestações de serviços através de escritórios de contabilidade, de advocacia, consultórios médicos e odontológicos, entre outros. (PESQUISA DIRETA, 2012).

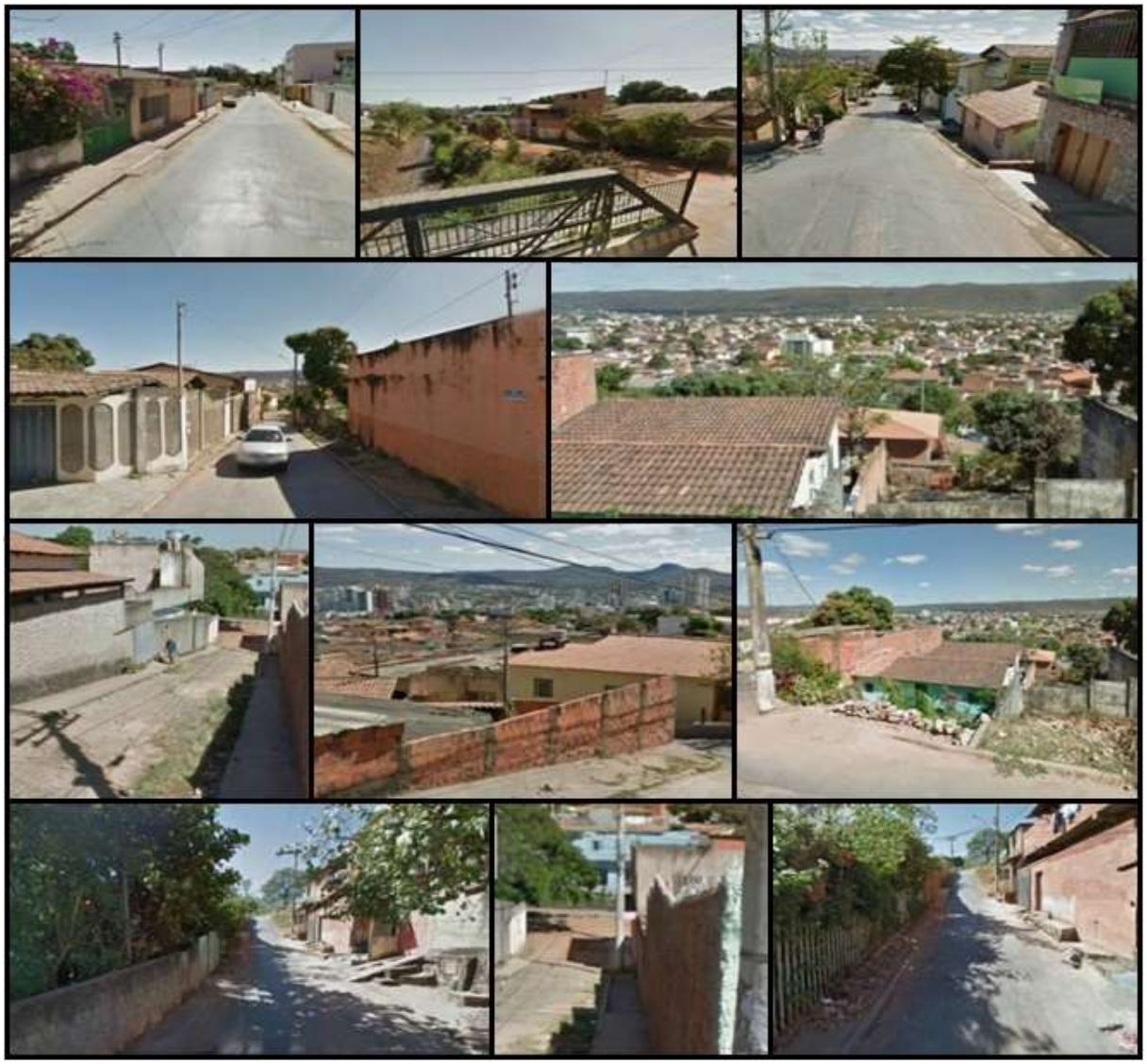
Figura 39: 1- Viaduto Chico Ornellas; 2- Viaduto Manuel Emiliano; 3- Residências na Rua Circular; 4- Lanchonetes; 5 e 6- Padarias; 7- Sapateiro e Revendedor de gás; 8- Material de Construção; 9-15- Acesso ao Morro pelas ruas Circular, Leonel Beirão, Santa Efigênia e Melo Viana.



Fonte: SILVEIRA, 2012

Os moradores possuem casas com infraestrutura heterogêneas, muitas residências de alvenaria com tratamento de água e rede de esgoto, banheiros internos e cômodos separados, por exemplo. Porém, há uma quantidade significativa de casas com banheiros externos, com um ou dois cômodos, sem ligações de água, usando fontes alternativas (cisternas e reservatórios), além de possuírem uma rede de esgoto ainda deficiente. Já na figura 40, é possível visualizar parte das edificações do Bairro, inclusive algumas nas escarpas do Morro e passagem para pedestre sobre a linha férrea.

Figura 40: Vistas de edificações nas escarpas do morro no bairro Morrinhos – Montes Claros – MG, 2012



Fonte: SILVEIRA, 2012

No mapa 20, pode ser visualizada a ocupação da área do bairro em que na parte central e de escarpas direcionadas ao sul e a sudeste do bairro, ainda persistem terrenos não legalizados (PMMC, 2012), fato que confirma a história anteriormente evidenciada sobre as áreas invadidas por famílias oriundas do norte de Minas para o local em épocas passadas, principalmente a partir de 1930. Nesse mapa, ainda é observado o espaço que a linha férrea ocupa na área norte e noroeste, que constitui um dos seus limites geográficos.

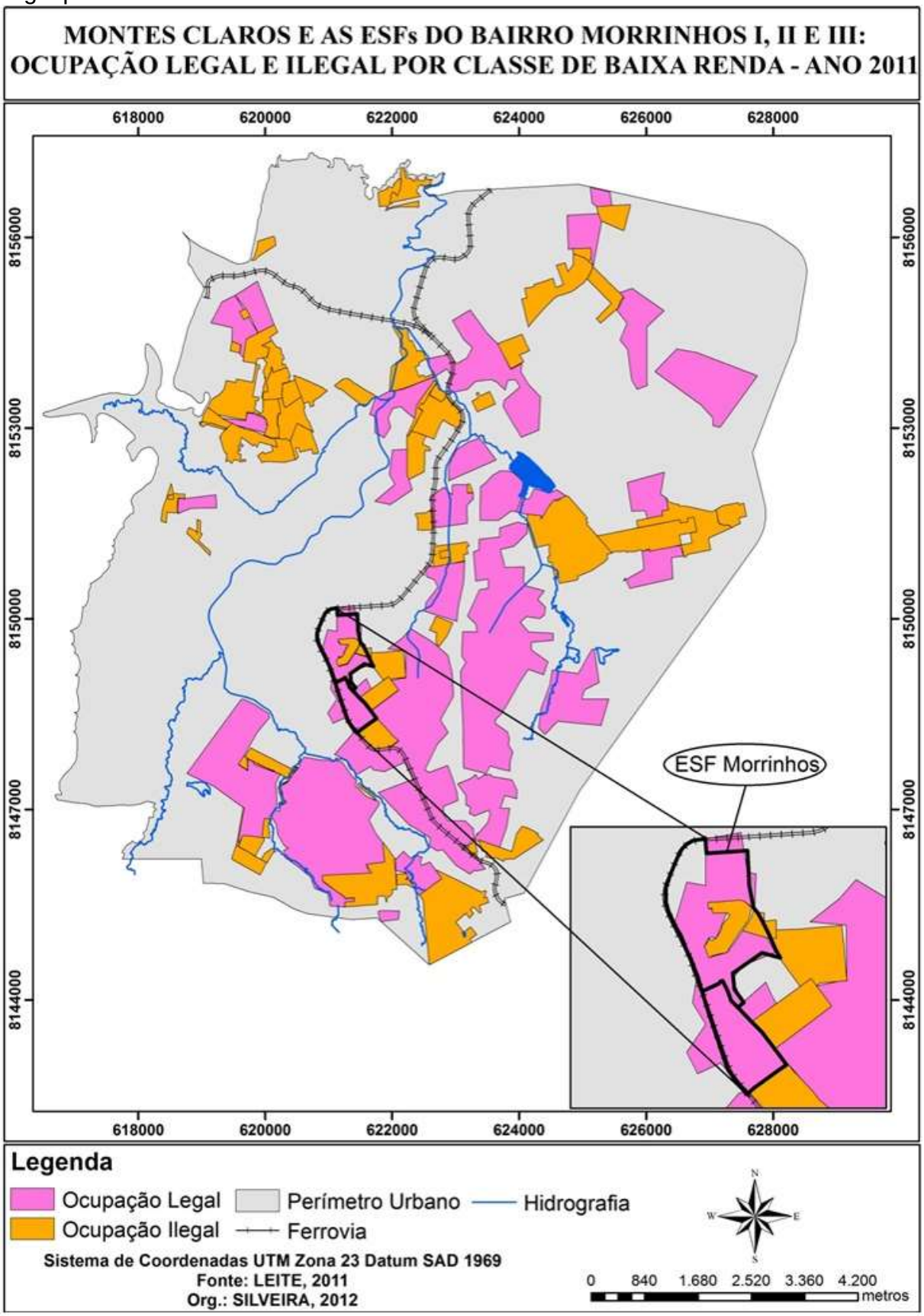
O quadro 27 demonstra que 99,91% das moradias foram construídas com tijolo/adobe; 0,12% foram revestidas de taipa; 0,13%, de material reaproveitado. Ficou percebido que há preocupação e cuidado por parte dos residentes do bairro com suas casas e demais cuidados no que concerne ao uso da água tratada, bem como com as ligações de suas moradias ao sistema de esgoto da cidade.

Quadro 27: Tipos de Moradias - Morrinhos I,II, III

TIPOS DE CASA		
TIJOLO/ADOBE		
MORRINHOS I	MORRINHOS II	MORRINHOS III
100%	99,87%	99,88%
TAIPA REVESTIDA		
MORRINHOS I	MORRINHOS II	MORRINHOS III
0%	0%	0,12%
TAIPA NÃO REVESTIDA		
MORRINHOS I	MORRINHOS II	MORRINHOS III
0%	0%	0%
MADEIRA		
MORRINHOS I	MORRINHOS II	MORRINHOS III
0%	0%	0%
MATERIAL APROVEITADO		
MORRINHOS I	MORRINHOS II	MORRINHOS III
0%	0,13%	0%
OUTROS		
MORRINHOS I	MORRINHOS II	MORRINHOS III
0%	0%	0%

Fonte: SIAB, 2012. **Org.:** SILVEIRA, 2012.

Mapa 20: Montes Claros e as ESFs do bairro Morrinhos I, II e III: ocupação legal e ilegal por classe de baixa renda – ano 2011



No que tange à mobilidade dos pedestres, existem ladeiras e becos com declives bastante acentuados, o que impede a construção de passeios, trazendo dificuldades para as pessoas se locomoverem. No passado, segundo os moradores, a situação era ainda mais caótica, pois não existia calçamento nos becos e ruas. Narciso, (2006, p. 30), ao descrever sobre alguns relatos de moradores do bairro, registrou:

> *"[...] esse morro não era asfaltado, não tinha água canalizada. Nós pegávamos água na cabeça [...] o chafariz era onde é a 98,9 FM [...]" "[...] um lugarejo que não tinha quase moradores, não tinha água, não tinha luz, não tinha nada [...]" "[...] nem calçamento tinha [...]" "[...] a gente vivia era na luz do candeeiro mesmo [...]"*

O saneamento básico nos estudos e práticas do SUS está diretamente conectado às questões de saúde, é nesse sentido que Martins e Ulbanere (2010, p. 05), ressaltaram que o saneamento "é o controle dos fatores físicos do homem" [...] "com finalidade de prevenir doenças e promover saúde" e que [...] "são muitas as doenças que podem proliferar devido à carência de medidas de saneamento", no qual estão inclusos o abastecimento de água, coleta de esgoto e limpeza urbana. No aglomerado urbano do Morrinhos, a ETA-COPASA possui um reservatório de seis milhões de litros de água, com vazão de trezentos e vinte litros por segundo, totalmente tratada, em cumprimento com as normas exigidas pelo descritivo das análises de qualidade da água, regulamentada pela Agência Nacional de Águas - ANA. Essa empresa interage com a comunidade patrocinando eventos e promovendo campanhas solidárias com os moradores locais, em escolas do próprio bairro (Estaduais e Municipais) através do "Projeto Chuá", o que vem endossar os objetivos propostos pelas ESFs do Morrinhos orientados através do SUS. (PESQUISA DIREITA, 2012)

Desse modo, o quadro 28 ratifica a existência do atendimento da população do bairro quanto ao tratamento de água nos domicílios. Dele se conclui que a média de filtração nas moradias é de 86,85%, somente 0,12% praticam a fervura da água; 0,34% não são servidos pelo processo de cloração, pois usam cisternas e reservatórios de água pluvial em suas casas, estas se encontram localizadas no Morrinhos I e III partes mais baixas das escarpas do Morro. Além disso, 39,48% da

população não possuem ligação com a rede oferecida pela COPASA, normalmente se servem de água não tratada ou usam processo clandestino, fato que já está sendo visto pela Secretaria de Saúde da cidade junto à Companhia.

Quadro 28: Tratamento de Água nos Domicílios – Morrinhos I,II, III

TRATAMENTO DE ÁGUA NOS DOMICÍLIOS		
FILTRAÇÃO		
MORRINHOS I	MORRINHOS II	MORRINHOS III
84,73%	88,07%	87,76%
FERVURA		
MORRINHOS I	MORRINHOS II	MORRINHOS III
0%	0%	0,12%
CLORAÇÃO		
MORRINHOS I	MORRINHOS II	MORRINHOS III
0,22%	0%	0,12%
SEM TRATAMENTO		
MORRINHOS I	MORRINHOS II	MORRINHOS III
15,55%	11,93%	12%

Fonte: SIAB, 2012. **Org.:** SILVEIRA, 2012.

No quadro 29, é apresentado o resultado do destino das fezes e urinas do Morrinhos I, II e III. Nele fica constatado que 99,75% das residências possuem sistema de esgoto; que 0,74% dos moradores usam fossas sépticas e que somente 0,12% das fezes e urina ficam a céu aberto.

Quadro 29: Destino Fezes/ Urina - Morrinhos I,II, III

DESTINO DAS FEZES/URINA (%)		
SISTEMA DE ESGOTO		
MORRINHOS I	MORRINHOS II	MORRINHOS III
100%	99,62%	99,64%
FOSSA		
MORRINHOS I	MORRINHOS II	MORRINHOS III
0%	0,38%	0,36%
CEU ABERTO		
MORRINHOS I	MORRINHOS II	MORRINHOS III
0%	0%	0,12%

Fonte: SIAB, 2012. **Org.:** SILVEIRA, 2012.

A seguir, no mapa 21, está constatado que a maior parte dos moradores ocupam área de valor urbano mais baixo e segundo o IBGE (2010), esta população possui renda menor que 01 salário mínimo; este mapa também pode ser verificado que a noroeste do bairro, indo em direção ao centro da cidade, está a área na qual os imóveis possuem um valor urbano médio, correspondendo a uma estimativa entre 02 a 04 salários mínimos. Percebe-se, também, que a valoração na especulação do solo urbano é concomitante com a renda salarial, correspondendo a toda área da ESF, quando se inclui a Vila Luiza, área com o mesmo perfil socioeconômico do bairro Morrinhos.

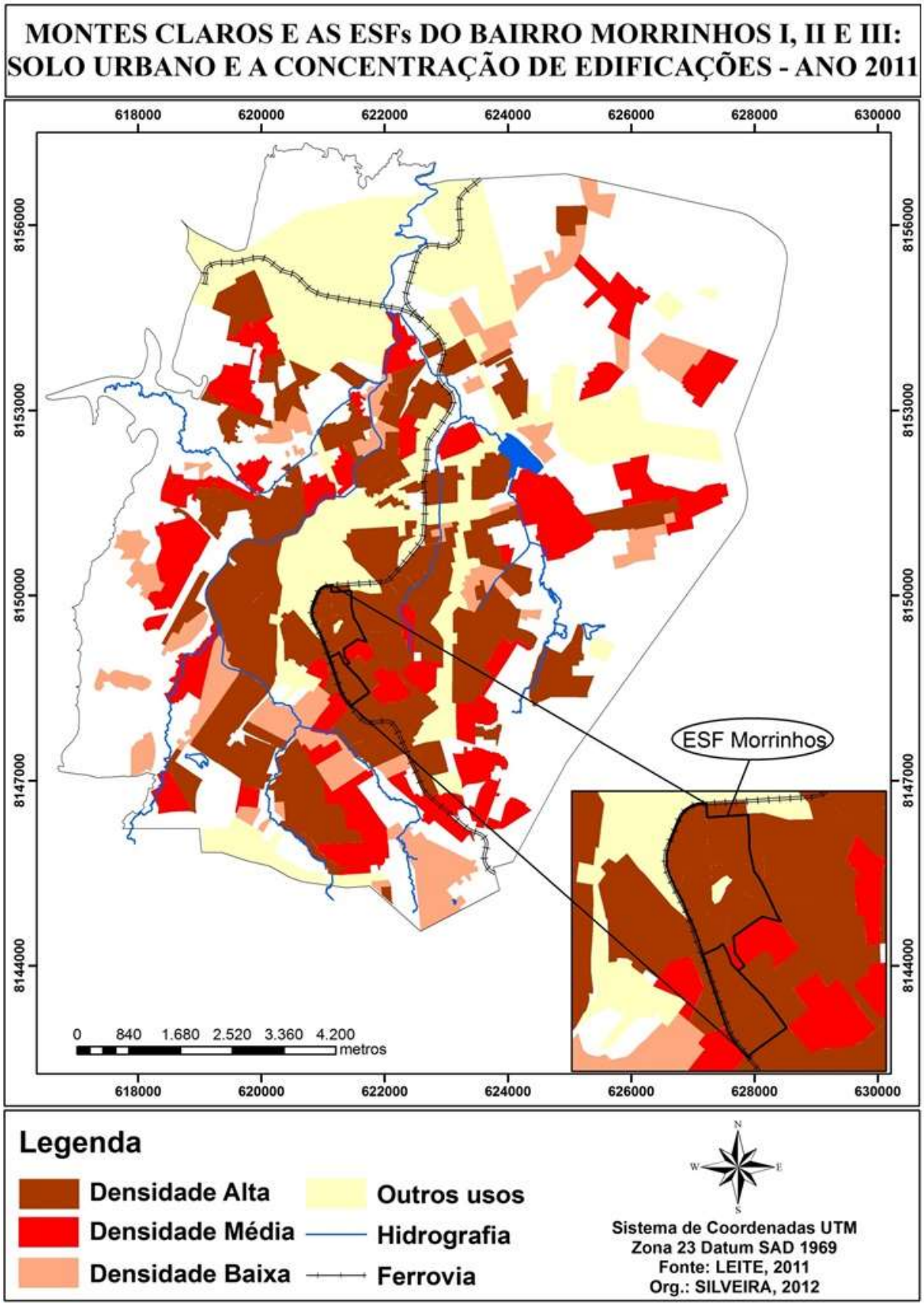
No decorrer da pesquisa foi observado que na localidade existem moradias inapropriadas por questões de salubridade, ou seja, uso de materiais das construções considerados inseguros, como plásticos, pedaços de madeira reaproveitados, lonas e varas. Também são edificações bastante antigas e inseguras, além de coabitarem no mesmo espaço físico número impróprio de pessoas (nove pessoas morando em um só cômodo e utilizando apenas um banheiro com condições inadequadas de uso). Na figura 41, observam-se as condições precárias de algumas moradias no bairro Morrinhos.

Figura 41: Estrutura de algumas de edificações na Ladeira João Carneiro Coelho, Morrinhos.



Fonte: SILVEIRA, 2012

Mapa 21: Montes Claros e as ESFs do Bairro Morrinhos I, II e III: Solo Urbano e a concentração de edificações – ano 2011



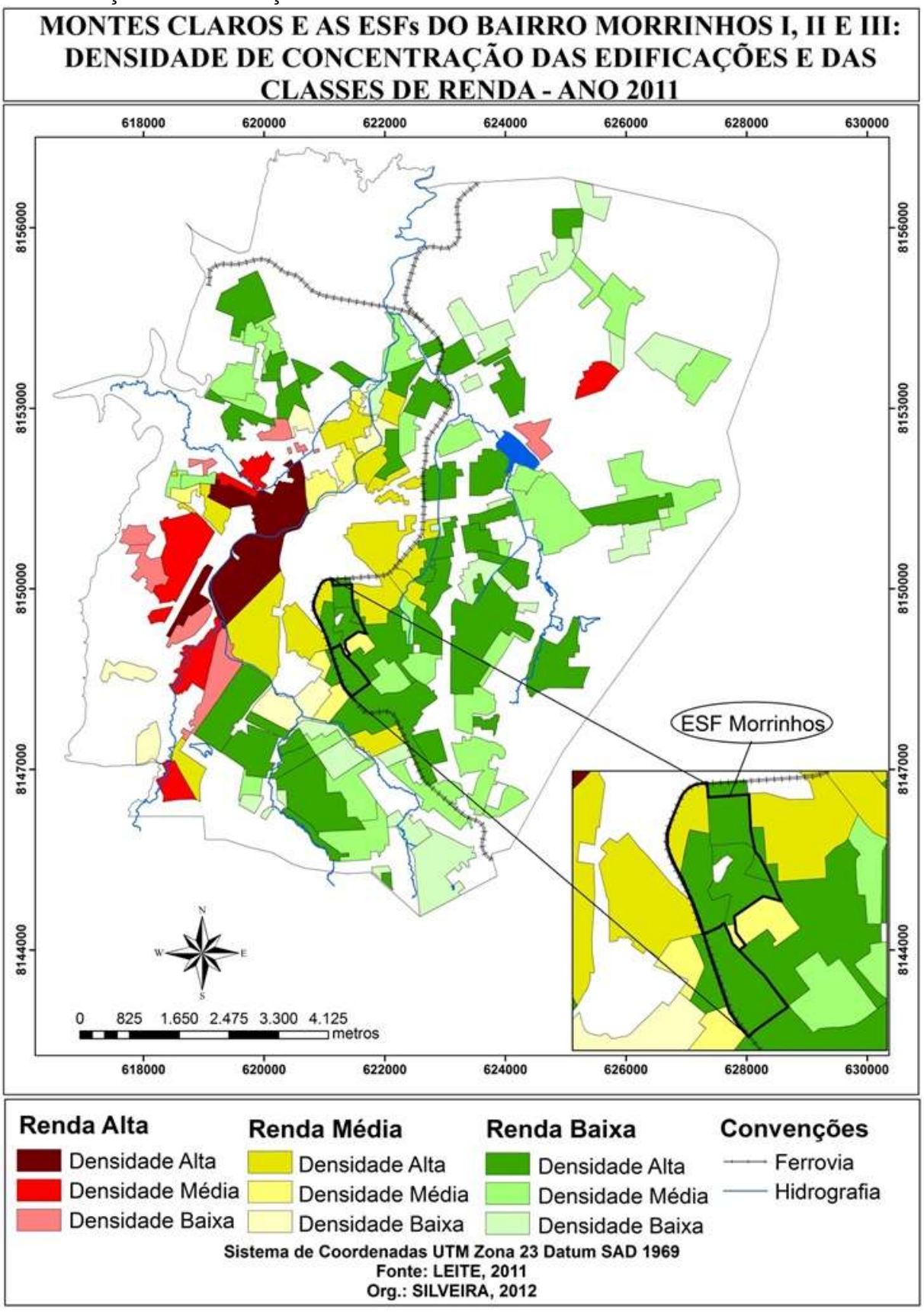
É importante ressaltar a falta de cuidado dos moradores na preservação dos quintais de suas casas, onde são encontrados entulhos espalhados, pouca luminosidade devido à quantidade significativa de plantas, arbustos e árvores, além de animais domésticos dividindo o pequeno espaço com os moradores, fatores que o SUS considera como áreas de risco para a saúde. Estas condições foram encontradas com maior frequência nos Becos Padre Miguel, Santo Antônio, Todos os Santos, Da Caixa D'água. (PESQUISA DIRETA, 2012).

O mapa 22 completa o conteúdo do anterior. Nele é verificado que a maior parte das edificações dos limites territoriais das ESFs Morrinhos, estão contidas em espaços identificados como renda baixa de alta densidade, podendo-se observar, também, que a Noroeste da área concentra-se uma pequena faixa classificada como renda média de densidade alta. Essas informações foram discutidas e analisadas através de levantamentos socioeconômicos com base nas pesquisas de Leite (2010).

Em relação à ocupação da comunidade e fonte de renda, o Manual de Sistema de Atenção Básica (2003), expressa que ocupação é todo tipo de trabalho que uma pessoa exerce independente da origem, profissão e remuneração, mesmo que o indivíduo esteja gozando de férias, afastado, licenciado ou por outro motivo justificado. A ocupação é individual e se considera aquela em que a pessoa dedica maior período de tempo ao trabalho. Nesta visão, desempregado será quem for desligado do emprego ou quem não exerce nenhuma atividade ocupacional como prestação de serviços. (BRASIL, 2003).

No bairro Morrinhos, foi verificado durante as visitas realizadas que boa parte dos moradores realiza atividades informais ou autônomas, como os catadores de materiais recicláveis, jardineiros, bombeiros, borracheiros, pedreiros, domésticas e diaristas, lavadeiras, artesãos, além de outros que prestam serviços diversos. (PESQUISA DIRETA, 2012). De acordo com Campolina (2011), as ocupações desenvolvidas pelos moradores do bairro estão assim distribuídas: 25% são funcionários públicos, 16,7% do lar e 58,3% são autônomas.

Mapa 22: Montes Claros e as ESFs do bairro Morrinhos I, II e III: densidade de concentração das edificações e das classes de renda – ano 2011

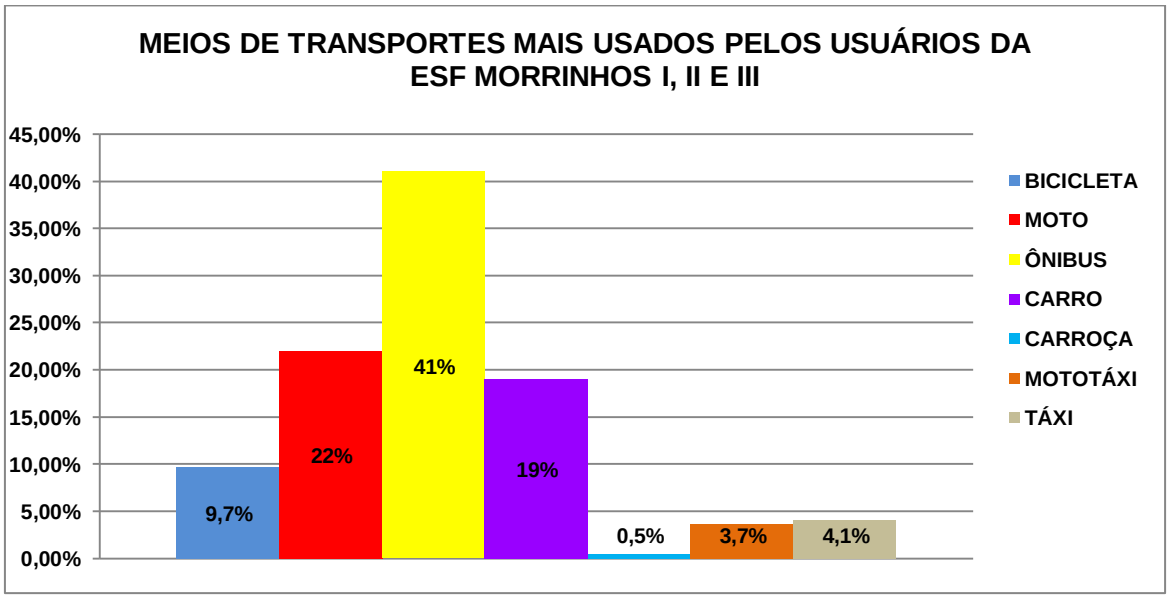


Todavia, é observado que um considerável número de moradores está desempregado e que a responsabilidade da manutenção da família é dos homens (59%), mas a mulher tem papel atuante como coadjuvante nesta área (RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DA UBS - 2012).

Através de relatos dos moradores, ficou comprovado que devido à proximidade do bairro com a região central da cidade e pela inexistência de linhas de ônibus para o alto do Morrinhos, muitos vão a pé para o trabalho, escola, compras, UBS, dentre outros. Contudo, os meios de transporte mais utilizados pelos mesmos são: ônibus, motos, bicicletas, carros, moto-táxi, táxi e carroça, e são satisfatórios às necessidades da população.

No gráfico 06, é verificado que 41% dos entrevistados têm como principal meio de transporte o ônibus e as linhas mais usadas são: Linha 6602- Vila Telma/Centro, para aqueles que estão localizados nas regiões circunvizinhas da Vila Luiza; Linha 5101 - Santo Antônio/Eldorado - Via Jardim Alvorada - Via Vila Brasília, para os moradores fixados a leste do Morrinhos; e a Linha 5503 - Santo Antônio/Centro - Via Santa Rita serve a maioria da população ali residente, pois o seu itinerário atende boa parte da área central do bairro.

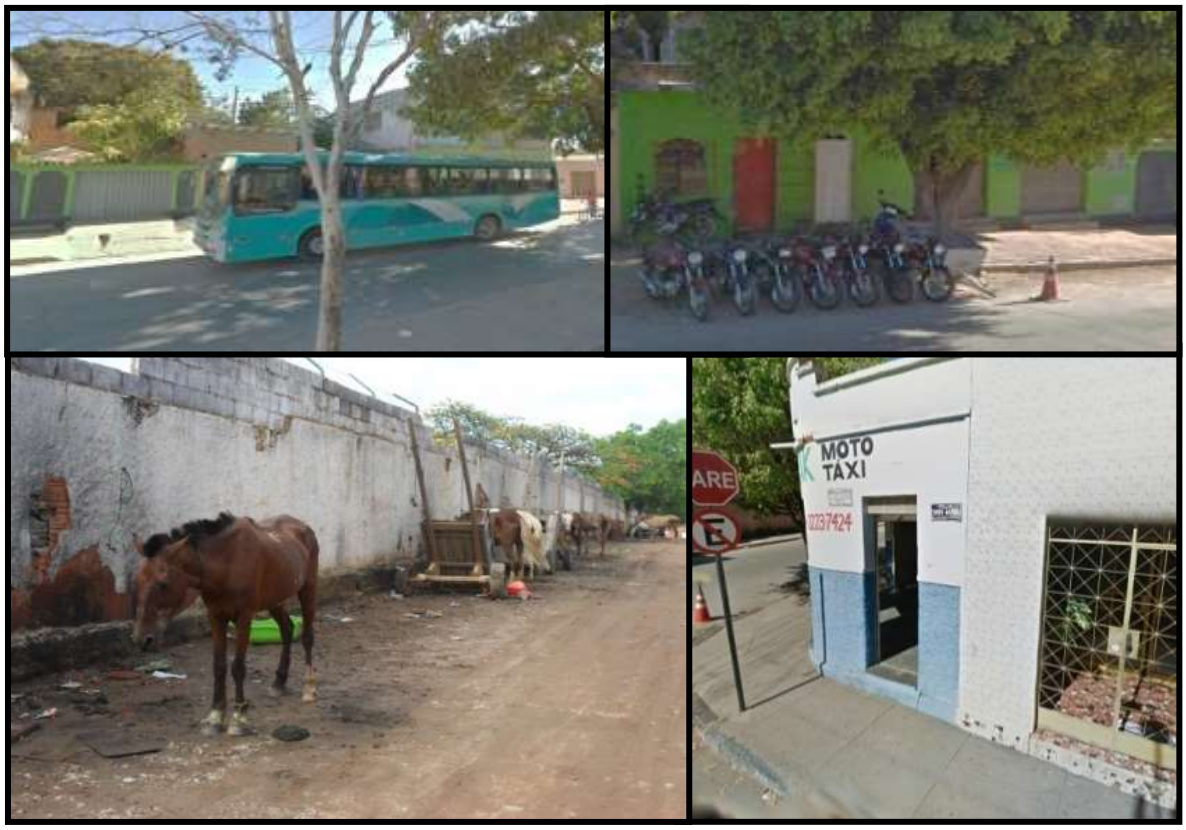
Gráfico 06: Meios de transportes mais usados pelos usuários da ESF Morrinhos I, II e III



Fonte: SILVEIRA, 2012

Os entrevistados disseram estar satisfeitos com esse tipo de transporte, porque através do mesmo têm acesso aos diversos pontos da cidade, todavia apontam problemas como: lotação acima da capacidade do veículo, desrespeito aos idosos, atraso das linhas, ausência de linhas que atendam aos usuários para a região norte da cidade, entre outros fatores. Alguns usuários frisaram ainda que muitos moradores não fazem uso do transporte coletivo devido ao baixo poder aquisitivo que possuem. Na sequência, as motos (22%) e carros (19%) correspondem às modalidades que ocupam segundo e terceiro lugar na preferência socioeconômica dos usuários. Em seguida encontram-se as bicicletas, os táxis, os moto-táxis e as carroças, essas usadas para transporte de mercadorias aos locais de difícil acesso - apesar desta preferência, as motos equipadas com carretinhas disputam os serviços a elas pertinentes neste espaço (PESQUISA DIRETA, 2012). A figura 42 evidencia sobre alguns dos meios de transportes usados pelos usuários das ESFs Morrinhos I, II e III.

Figura 42: Alguns transportes usados pelos usuários da ESF Morrinhos I, II e III



Fonte: SILVEIRA, 2013; CENÁRIO DO ESTUDO-UBS MORRINHOS, 2011.

Quanto à segurança pública, a CF/88 nos artigos 3º e 144º rege que a segurança é direito fundamental e universal, é princípio republicano e não aceita distinções de cor, pele e raça, classe social e local de moradia. Campolina *et al* (2011, p.63), em pesquisa desenvolvida na UBS Morrinhos, constatou que entre as principais ameaças à segurança local 66,6% referem-se ao tráfico de drogas; 16,7% a homicídios e roubos e ainda existem registros de estupros e aliciamento de menores.

Durante a aplicação da pesquisa, em contato direto com os informantes-chave, ficou evidente que a falta de segurança é um dos grandes problemas enfrentados pelos moradores do bairro, causada por usuários de drogas, assaltos, disputas entre facções inimigas, todos de difícil controle da Polícia Militar. Nesse prisma, a população, especialmente das áreas mais altas do morro, evita sair às ruas à noite com medo de represálias. Segundo informações dos moradores, a comunidade sente-se impotente diante do problema, por isso reivindicaram, através dos grupos associativos locais ao Comando Regional da Polícia Militar de Minas Gerais, a instalação de um Posto Policial no bairro e no ano de 2011 a população foi atendida.

O mesmo está localizado ao lado do Mercado Sul, (Ponto de Referência) o que muito contribuiu para melhoria da segurança da população residente (ANEXO X). A Polícia Militar instituiu no bairro um Projeto denominado “Residência Monitorada Pela Polícia Militar”, a partir do qual os envolvidos formaram uma rede de vigilância no bairro. (PESQUISA DIRETA, 2012). Segundo notícias registradas no Jornal “O TEMPO” - Sessão Cidades, de 29/07/2010, o bairro é considerado um dos mais violentos da Cidade de Montes Claros, principalmente no que concerne ao tráfico de entorpecentes.

No que tange à educação, a escola, em parceria com a comunidade envolvida, deve contribuir para as mudanças sociais dos cidadãos que nela estão inseridos. Por se tratar de um bairro em que os problemas existentes são oriundos do espaço de convivência e estão entrelaçados no cotidiano da população ali residente. Esta educação, se bem ajustada e desenvolvida, possibilitará em todas as etapas um projeto de transformação social dos educandos para que possam, em seus deveres

e atitudes, serem instrumentos de mudanças sociais, possibilitando uma melhor condição de vida.

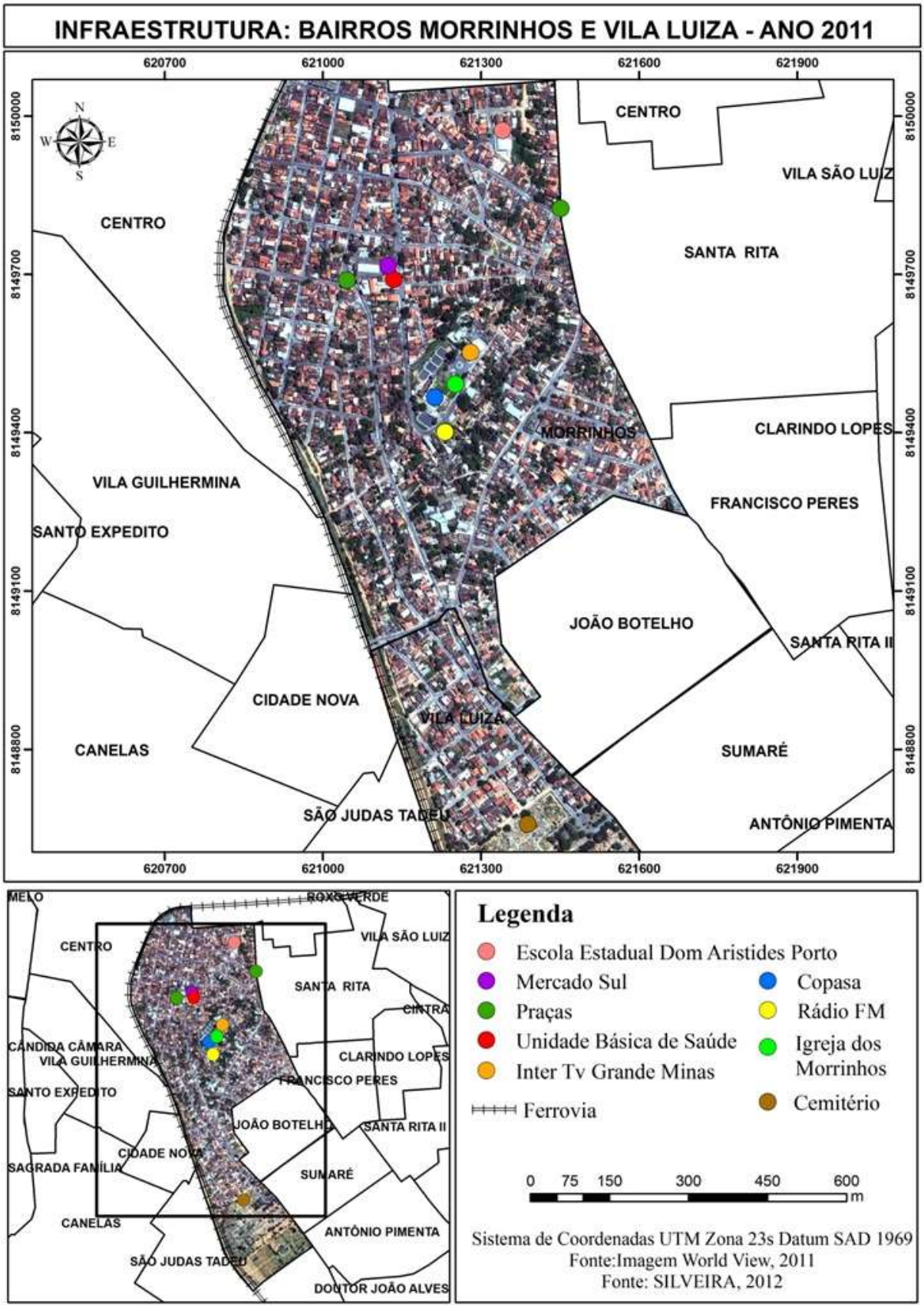
O bairro conta com três escolas de Educação Básica, são elas: Escola Estadual Dom Aristides Porto; o Colégio Ideal - de iniciativa particular; e a Escola Coteminas - que apesar de estar localizada no bairro atende somente aos filhos dos funcionários da empresa de mesmo nome; e o Centro Municipal de Educação Infantil - CEMEI I. Apesar da presença dessas escolas, boa parte da população em idade escolar estuda em outros Centros Educacionais de bairros adjacentes, dentre eles a Escola Estadual Nereide de Carvalho, no bairro João Botelho; a Escola Estadual Eloy Pereira, na Vila Guilhermina; o CEMEI Deputado Antônio Pimenta e a Creche Meimei no bairro Santa Rita (figura 43). Nesse sentido, a Pastoral da Criança tem apoiado o desenvolvimento infantil no bairro através da distribuição de leite e medicamentos naturais às famílias carentes, além destas também contarem ainda com o auxílio do Governo Federal, através do programa Bolsa Família. (PESQUISA DIRETA, 2012). Segundo o relatório do SIAB, (2012), 96,34 % das crianças e jovens de 07 a 17 anos frequentam a escola.

Figura 43: Estruturas físicas oferecidas por algumas escolas do bairro



Fonte: SILVEIRA, 2013.

Mapa 23: Infraestrutura: bairros Morrinhos e Vila Luiza – ano 2011



O mapa 23 expõe parte da infraestrutura dos bairros Morrinhos e Vila Luiza entre elas algumas mais importantes como a maior Escola Estadual do bairro, a torre televisiva da Inter TV Grande Minas, a Rádio FM 100,3, a Praça Manoel Quatrocentos, O Mercado Sul, a sede da COPASA, a UBS e a Igreja do Morrinhos, os Cemitérios Jardim da Esperança e do Bonfim, e a Ferrovia Centro Atlântica que divide o bairro a oeste.

Em relação às Associações às quais atuam no Bairro e segundo conversa com os entrevistados, cooperadores do efetivo trabalho das Associações, além dos registros de Oliveira e Astegger (2008), existem duas associações que trabalham desarticuladamente. A primeira é a Nova Associação de Amigos e Moradores do Bairro Morrinhos fundada em 1974, possuindo registro em órgãos responsáveis, inclusive no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ - e tem atuado com projetos na área social como “Leitura na Feira” “Coleta Seletiva de Lixo” e “Agente Jovem” (ANEXOS XI E XII).

Esta associação tem trabalhado em prol do desenvolvimento socioeconômico e ambiental do bairro: na coleta seletiva tendo como objetivo a conscientização da população para a separação do lixo; no Agente Jovem reúne os adolescentes, entre 15 a 17 anos, semanalmente para capacitações teóricas e práticas, aos quais possibilitam o apoio ao sistema de ensino e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, onde cada participante inserido no programa recebe uma bolsa do Governo Federal, além de intervir com providências nas questões relacionadas ao funcionamento de estruturas contidas no bairro (PESQUISA DIRETA, 2012).

A segunda é a “Associação de Moradores das Casas Populares, Morrinhos e Adjacências” - fundada em 2006, atua na área do Beco Santo Antônio, ruas Carlos Leite e Padre Miguel até o limite da Ponte Preta. Existem ainda duas outras associações, uma que atuou em todo o bairro, mas de acordo com um informante-chave está desativada e a “Associação dos Moradores e Amigos da Vila Luiza” (área inserida na ESF III), a qual se reúne mensalmente com atividades bastante reduzidas na prestação de serviços de cunho social à população (CAMPOLINA et al, 2012).

Conforme informações coletadas, a comunidade do Morrinhos não participa continuadamente dos trabalhos desses grupos, pois existe pouca divulgação das reuniões e das atividades desenvolvidas. O mínimo de informação é repassada, e quando acontece é no “boca-a-boca”, como exemplo:

> *“[...]quando os moradores se encontram para participarem das atividades desenvolvidas na UBS Morrinhos as notícias sobre as atividades nas associações são transmitidas. É preciso maior participação comunitária, quando os interesses da comunidade podem ser defendidos e uma maior luta da liderança do Bairro*”. (SIC)

No que se refere à religiosidade e grupos sociais voltados para esse fim, Sousa *et al* (2002) afirma que a religião é uma das dimensões de bem estar espiritual, que muito contribui na avaliação do estado de saúde, através das relações específicas: corporais, psíquicas e sociais. Em 1998, a Organização Mundial de Saúde – OMS referenciando sobre os instrumentos avaliadores da qualidade de vida na saúde, entre eles destacou os aspectos espirituais. O que Lans (1996) confirma dizendo que a religião é entendida como fator positivo na redução do estresse, favorecendo os propósitos da vida, bem como as orientações cognitivas e definições de situações vitais que irão contribuir para as ações preventivas dos transtornos mentais.

Também Koenig (1998), inferindo sobre o assunto argumentou que os norte-americanos, por serem muito religiosos, são menos propensos a se tornarem delinquentes, e a se envolverem com vícios, deste modo gozam de melhor saúde física e alcançam maiores índices de longevidade. Portanto, a religião atua como um dos caminhos para a prevenção das enfermidades. Desta maneira, conhecer os aspectos religiosos do Bairro Morrinhos é importante no processo de territorialização da saúde. Para Oliveira e Astegger (2008, p.15), a comunidade do bairro é bastante heterogênea na questão religiosa e dentre as opções da população a maioria é evangélica.

Além da Igreja de Nosso Senhor do Bonfim, os moradores também frequentam a Igreja Católica do bairro Santa Rita, nelas além das atividades religiosas normais existem grupos como “Pastoral da Criança, do Idoso e da Saúde”, “Conferência de

São Francisco Xavier- Vicentinos", "Confraria do Morro" e "Grupos de Orações", entre outros. De acordo com informações obtidas, no território de saúde estudado existem cerca de 45 Igrejas Evangélicas em funcionamento (PESQUISA DIRETA, 2012), destacam-se a Igreja Cristã do Brasil, a Igreja Pentecostal, a Igreja do Evangelho Quadrangular, a Igreja Assembleia de Deus e Igreja Batista Filadélfia (figura 44), entre outros templos religiosos. A Igreja Batista Filadélfia desenvolve e coordena um projeto para reabilitação de usuário de drogas e alcoólatras, atendendo muitos dependentes que são moradores do Morrinhos. O Projeto funciona em um sítio localizado na BR-135, abrigando em média 20 a 25 internos, onde são desenvolvidas atividades de ministrações bíblicas, terapia ocupacional e lazer. (PESQUISA DIRETA, 2012). Entretanto, Narciso (2006), enfrentam dificuldades financeiras para a manutenção de contratos com médicos e psicólogos para atenderem de maneira eficaz os usuários do Projeto. Praticamente todas as Igrejas Evangélicas, segundo a Associação, possuem trabalhos sociocomunitários.

Figura 44: Estrutura Física das principais Igrejas do Bairro Morrinhos



Fonte: SILVEIRA, 2012

Na área de abrangência das ESFs Morrinhos existem poucos espaços destinados à recreação e lazer, são eles: o campo de futebol no bairro João Botelho, o qual é utilizado pela comunidade para a prática de esportes. Também uma parte dos

moradores desse território de saúde, que desfrutam de melhor poder aquisitivo, alugam os serviços de quadras privadas locais (PESQUISA DIRETA, 2012). A Praça Santa Catarina, no Bairro Santa Rita, é utilizada para caminhadas e ginásticas, com acompanhamento de acadêmicos de cursos superiores da área da Saúde de Montes Claros, na área conferida a esta praça, está localizado o Clube dos Ferroviários (figura 45), que possui estrutura adequada para esporte e lazer, o qual é bastante frequentado pelos sócios, especialmente do território do Morrinhos e áreas circunvizinhas; a Praça Manoel Quatrocentos, espaço onde as crianças da área circunvizinha brincam, dividindo o espaço com o único local de estacionamento de veículos do alto do Morro.

Figura 45: Clube dos Ferroviários



Fonte: SILVEIRA, 2012

Entretanto, no ano de 2006 a PMMC entregou à população o Parque das Mangueiras, já revitalizado, este em resposta à solicitação da comunidade do entorno, pois segundo informações dos moradores a área servia de depósito de lixo e ferro velho, este fato incomodava a população devido aos malefícios acarretados à saúde e ao meio ambiente.

O Parque das Mangueiras (figura 46) no bairro João Botelho, que faz limite com o bairro Morrinhos é um local agradável e possibilita aos moradores das áreas circunvizinhas uma nova opção de lazer e recreação, está equipado com pistas para caminhadas, e equipamentos de diversão para as crianças. Fartamente arborizado e sombreado e por ser totalmente cercado proporciona aos usuários maior segurança. (PESQUISA DIRETA, 2012).

Figura 46: Parque das Mangueiras - uma nova opção de lazer para os moradores do bairro Morrinhos



Fonte: FROES, 2013.

5.3 Serviços de saúde realizados por grupos específicos e de Saúde Bucal na UBS Morrinhos

Na dinâmica dos serviços prestados pelas ESFs pesquisadas, os atendimentos não visam somente aos usuários, em suas diversas faixas etárias, envolvem também a família, buscando o aprimoramento desses serviços, em uma assistência holística. Na Saúde da Criança são realizadas atividades de Puericultura (avaliação de crescimento e desenvolvimento), Triagem Neonatal (teste do pezinho, diagnóstico

de doenças congênitas, infecciosas e assintomáticas), Chamada Nutricional e Escovação (identificar e verificar antropométrico, suplementação vitamínica, situação vacinal das crianças menores de 05 anos), Campanhas de Vacinação, além das consultas médicas rotineiras (PESQUISA DIRETA, 2012; RELATÓRIO DE ATIVIDADES UBS MORRINHOS, 2012).

Para os adolescentes são ofertadas consultas médicas, Grupo de Educação em Saúde para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, uso de álcool e drogas e planejamento familiar. Para essa meta, esse serviço estendeu-se até as escolas do bairro e áreas de influência para que todos os adolescentes adscritos nas ESFs fossem alcançados. (RELATÓRIO DE ATIVIDADES UBS MORRINHOS, 2012).

No âmbito da Saúde da Mulher, os exames preventivos do colo do útero é uma tônica singular e a faixa prioritária de alcance é a de 25 a 64 anos, as ações visam principalmente à exposição a fatores de risco, como infecções pelo Vírus do Papiloma Humano-HPV e devido ao tabagismo. O fichário das mulheres é o rotativo, por meio de sua institucionalização em 2012, ou seja, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ-AB, que identifica as mulheres faltosas na realização do diagnóstico precoce e monitoramento das consultas ginecológicas. No que tange ao câncer de mama, a SMS proporcionou aos profissionais treinamentos na área, por meio do evento “Outubro Rosa”, o qual veio beneficiar o atendimento das usuárias. (RELATÓRIO DE ATIVIDADES UBS MORRINHOS, 2012).

Conforme a figura 47 é possível verificar que a equipe técnica é bastante organizada, com os documentos relativos aos usuários da UBS, disponibilizando os mesmos em arquivos específicos, para as diversas faixas etárias e programas, além de uma sala reservada para esse fim.

Figura 47: Disposição dos documentos utilizados na UBS Morrinhos



Fonte: RELATÓRIO DE ATIVIDADES DA UBS MORRINHOS, 2012

Na atenção à Gestante e Puérpera são realizadas consultas médicas e de enfermagem de acordo com a idade das pacientes e recomendações do MS, oferecendo também exames laboratoriais, de imagens (ainda não suficientes). As pacientes diagnosticadas com risco são encaminhadas para o CAETAN e Santa Casa. A UBS disponibiliza, através do Grupo de Educação para Gestantes, atividades relacionadas com a gestação, parto, puérpera, atividades físicas e de lazer, além de acompanhamento auditivo e problemas afins. Também são importantes as atividades e o acompanhamento de atenção à mulher e ao recém-nascido por meio da visita puerperal e das atividades de planejamento familiar. (RELATÓRIO DE ATIVIDADES UBS MORRINHOS, 2012).

A saúde do Homem é proposta da Política Nacional de Atenção Integral, na perspectiva de resguardá-los por meio de ações preventivas. Desse modo, a Unidade de Saúde em questão, através da Estratégia, tem encontrado dificuldades com o Grupo de Educação em Saúde dos Homens, tendo em vista a pouca adesão dos usuários e desconhecimento deles com o serviço oferecido. As condições de saúde desse gênero estão sendo acompanhadas, uma vez que, além de existirem muitos casos de diabetes e de tratamento preventivo de próstata (figura 48), torna-se necessário verificar os demais casos pertinentes às demandas de saúde da população masculina. (RELATÓRIO DE ATIVIDADES UBS MORRINHOS, 2012).

Figura 48: Exame Preventivo de Próstata: retirada de sangue



Fonte: RELATÓRIO DE ATIVIDADES DA UBS MORRINHOS, 2012

No tocante à saúde dos adultos, as doenças crônicas são prioritárias no que concerne ao atendimento, entre elas, estão as cardiovasculares e o diabetes *mellitus*, que, segundo o MS (2011), são as maiores causas de morbidade e mortalidade. Para essa faixa etária, na UBS Morrinhos, existe acompanhamento aos hipertensos e diabéticos, esses são atendidos mensalmente por médicos ou

enfermeiras e extraordinariamente recebem atenção prioritária para aqueles com níveis pressóricos elevados que precisam de acompanhamento especial. (RELATÓRIO DE ATIVIDADES UBS MORRINHOS, 2012).

A tabela 01 informa sobre o número de usuários cadastrados nessas condições de saúde e também os percentuais em relação ao número total de usuários relacionados em cada ESF. É possível também verificar, que os casos de Hipertensão são mais intensos no Morrinhos I e os de Diabetes Mellitus, no Morrinhos II. Valem ressaltar que as ocorrências de Diabéticos e Hipertensos na faixa etária de 0 a 14 anos, até o ano de 2012, encontram-se controladas nas três ESFs. Portanto, infere-se que, se existirem investimentos em Atenção Básica com certeza os índices dessas condições de saúde serão extintos. Fica entendido que as duas condições de saúde na UBS Morrinhos estão sendo monitoradas exatamente porque o foco das ESFs é de uma medicina preventiva na orientação, controle e educação para o gozo da saúde plena.

Tabela 01

Tipologia de Enfermidades por Famílias Cadastradas

Faixa Etária (anos)	Morrinhos I				Morrinhos II				Morrinhos III			
	Hipertensão		Diabetes		Hipertensão		Diabetes		Hipertensão		Diabetes	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 a 14	-	-	01	0,19	-	-	-	-	-	-	01	0,16
15 anos e mais	504	17,78	96	3,39	386	16,45	102	4,35	395	16,04	91	3,69

Fonte: SIAB/DATASUS, 2012. **Org.:** SILVEIRA, 2012.

Todos eles estão inseridos nos Grupos de Educação em Saúde, de acordo com as suas necessidades, além disso, na UBS são acompanhados pela estratificação de risco, solicitação do PMAQ e cadastrados nos Programas Mineiros: Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica-SIGAF, Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos Diabéticos-Hiperdia e também

na Associação Americana de Diabetes-ADA. (RELATÓRIO DE ATIVIDADES UBS MORRINHOS, 2012).

Em 2012, foi realizado um evento voltado para a orientação dos Hipertensos e Diabéticos em relação aos cuidados que cada usuário deve ter com sua saúde, alertando-os e prevenindo-os, através de palestras, amostras de alimentação adequada, fato que justificou o evento, pois, o número de famílias atingidas por essas condições em saúde, são bastante significativas na área de atuação da UBS.

As decisões que envolvem as condições de saúde dos adultos são preconizadas pela Linha Guia do Ministério da Saúde, os mesmos são acompanhados no tratamento da tuberculose (01 paciente foi notificado no Morrinhos I e outro no Morrinhos II), A Vigilância Epidemiológica e as equipes das ESFs realizam mensalmente o Levantamento Sintomático Respiratório da área. É importante ainda registrar, que em 2012 não foi constatado nenhum caso de Hanseníase (RELATÓRIO DE ATIVIDADES UBS MORRINHOS, 2012).

A saúde do idoso desponta no cenário nacional e local, como um desafio para as autoridades sanitárias, uma vez que se vivencia um período de transição entre uma alta mortalidade e uma alta fecundidade, contrapondo com outra de baixa mortalidade e diminuição de fecundidade. Neste cenário, o idoso vem consumir parte significativa dos serviços de saúde, sendo as internações hospitalares as mais frequentes, e de maior tempo de ocupação, em comparação a outras faixas etárias. Em virtude da idade as doenças dessa categoria são crônicas e múltiplas, algumas delas têm os acompanhando por anos, desta forma necessitam permanentemente de acompanhamento médico e de equipes nas diversas especialidades. (BRASIL, 2003), Neste sentido, é de fundamental importância uma organização dos serviços básicos de Atenção a Saúde do Idoso, na produção do cuidado em defesa da vida.
Segundo o Relatório da UBS Morrinhos - 2012, os idosos tem acompanhamento periódico com médicos e enfermeiros, as mesmas ocorrem na Unidade de Saúde ou se o idoso estiver mórbido receberá visitas domiciliares da equipe de saúde, na qual é feita a estratificação de risco da condição de saúde em questão. As consultas respeitam as recomendações da Linha Guia para Atenção ao Idoso, ainda são

oferecidas aos idosos, diversas atividades ligadas à recreação e ao lazer, além de Grupos de Educação em Saúde que tem como objetivo proporcionar a estes uma melhor qualidade de vida. (RELATÓRIO DE ATIVIDADES UBS MORRINHOS, 2012).

Cabe aqui ressaltar que em todas as etapas desde a saúde da criança até a do idoso, o agendamento das consultas e exames são feitos pelos técnicos de enfermagem em uma escala mensal. Todo agendamento ocorre por intermédio do SUS Fácil e SMS/PMMC. Os ACSs fazem o encaminhamento até o domicílio dos usuários. (PESQUISA DIRETA, 2012).

No âmbito da Saúde Bucal - Modalidade I, as ESFs Morrinhos buscam prestar aos membros da comunidade um atendimento satisfatório. O atendimento odontológico realizado prioriza aquelas famílias que estão inseridas na classificação de alto e na de médio risco, essa classificação é realizada através do cartão de prontuário da família. A Estratégia de Saúde Bucal - ESB utiliza a Classificação de Risco Odontológica priorizada pela Secretaria do Estado da Saúde, de acordo com a qual os atendimentos de maior risco são atendidos primeiramente, as classificações de risco são R1, R2 e R3. Além dessa lista, o atendimento é priorizado para os hipertensos, diabéticos, idosos, gestantes e crianças.

É importante ressaltar que, se ao passar pela triagem e for observado que o paciente necessite de intervenção rápida, ele é orientado a procurar a vaga de urgência para atendimento. As urgências odontológicas atendem seis pessoas por turno, num total de doze por dia, é preciso enfatizar que, na urgência da USB Morrinhos, não são atendidos somente casos de abcesso odontológico, visto que os profissionais entendem que, se uma restauração soltar, é necessário intervir rapidamente, para que posteriormente não seja necessário atendimento endodôntico. Essa urgência é referência em Saúde Bucal em Montes Claros, uma vez que pessoas de diversos bairros da cidade buscam ser atendidos nessa Unidade. (RELATÓRIO DE ATIVIDADES DA UBS MORRINHOS, 2012).

Segundo o Relatório de Atividades da UBS Morrinhos (2011) foram atendidas 1.825 pessoas nas vagas de urgência, tendo realizado também visitas domiciliares, estas sendo priorizadas às famílias de médio e alto risco, além de pessoas acamadas e deficientes. Nas ações realizadas pela equipe de saúde bucal, estão incluídas ações coletivas, como por exemplo, a escovação supervisionada, que ocorre semanalmente na CEMEI Morrinhos, tendo ainda as Escolas Estaduais Aristides Porto e Eloy Pereira dentro do seu campo de atuação, pois são de responsabilidade das ESFs Morrinhos I e III. As escovações além de serem desenvolvidas nas ESFs são ainda realizadas na UBS, sendo principalmente, no dia da Chamada Nutricional, onde a equipe de saúde bucal atua nas atividades preventivas, através de cineminha, atividades teatrais e classificação de risco das crianças, além de constantes atividades recreativas ligadas a Atenção Básica nas diversas faixas etárias. (RELATÓRIO DE ATIVIDADES UBS MORRINHOS, 2012).

Entre as atividades de 2012 citadas no referido relatório estão capacitações técnicas de enfermagem e da equipe multiprofissional em: Central de Material Esterilizado; Nova Ficha A e Classificação de Risco Familiar; Fichário Rotativo; Acolhimento por Classificação de Risco; Uso do Trius e manuseio do Alert; Capacitação dos Procedimentos Operacionais Padrões - POP's; Tuberculose; Hanseníase; Vacinação; Infecções Respiratórias; Teste do Pezinho e para os Programas: PMAQ-AB; SISPRENATAL WEB; CEREST e SIAB, além da implantação da nebulização; adequação de vitamina A e sulfato ferroso; elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão. Também, a Organização estrutural em: dispensação de preservativos por categoria, materiais esterilizados, curativos; pressão arterial e glicemia por meio de cadernos específicos. (RELATÓRIO DE ATIVIDADES DA UBS MORRINHOS, 2012).

Em todas as atividades coletivas e particulares à UBS recebem o apoio das escolas locais e das áreas circunvizinhas além da ONG ADRA, de usuários envolvidos com as ESFs. No assunto, a Unidade Básica de Saúde recebe acadêmicos - estagiários dos cursos de Enfermagem e Medicina da Faculdade Pitágoras e da Universidade Estadual de Montes Claros, distribuídos em turnos diferentes, e controlados por planilhas pela SMS/PMMC.

Especificamente a respeito dos grupos de Educação em Saúde, existe na UBS Morrinhos um para cada ESF, isto é, 03 Grupos de Educação para Atenção as Gestantes (entre 05 a 10 participantes mensais), 03 Grupos de Educação para Hipertensos (entre 07 a 20 participantes mensais), 03 Grupos de Educação para Diabéticos (entre 07 a 20 participantes mensais), 03 Grupos Educação para Planejamento Familiar (não informada às participações), 03 Grupos de Educação para Saúde Bucal (crianças em idade escolar, deles participam entre 10 a 30 crianças mensalmente) e 03 Grupos de Educação para Gestantes em Saúde Bucal (entre 05 a 10 participantes mensais). (PESQUISA DIRETA, 2012).

De acordo, com a Enfermeira e a Agente Comunitária do Morrinhos I (2013), devido a mudança da gestão municipal, alguns grupos foram interrompidos, funcionaram até Junho de 2013, fato ocasionado como consequência da rotatividade das Equipes Multiprofissionais municipais. Entre eles estão: o Grupo de Educação em Saúde Mental, o do Idoso, das Mulheres, o de Educação Corporal, neste sentido as ESFs contavam com a participação dos estagiários dos cursos de Fisioterapia das Faculdades e Universidades da cidade, até o 1º semestre do referido ano.

5.4 Programas de Saúde vinculados à UBS Morrinhos

A SMS-PMMC tem acolhido Programas que busquem a capacitação dos técnicos, inovação das metodologias, aprimoramento da assistência integral às diversas faixas etárias da população usuária dos serviços das ESFs. Este fato tem incorporado ao Sistema de Saúde Municipal mudanças na qualidade da prestação de serviços, bem como o crescimento das equipes especializadas ligadas a saúde local. Muitos programas foram institucionalizados principalmente porque o SUS possui uma larga bagagem de informações e critérios para concretizar suas ações no sistema de saúde brasileiro.

Minas Gerais como Unidade Federativa, buscando o aprimoramento também da Saúde do Estado, tem organizado programas voltados ao aperfeiçoamento do trabalho dos especialistas em saúde, assim como no atendimento a saúde integral

da população. Deste modo as ESFs montes-clarenses têm envolvido muitos profissionais e usuários beneficiários desta Estratégia em Programas oriundos do MS e Estado. As ESFs Morrinhos por meio da Unidade Básica abrigam diversos programas, os mesmos serão expostos sucintamente, oriundos das informações do Relatório de Atividades da UBS Morrinhos (2012), são eles:

- Sistema de Monitoramento e Avaliação da Atenção ao Pré-natal e o Puerpério-SISPRENATAL WEB, que tem como objetivo promover a segurança da saúde da mãe e da criança, e possibilita a prevenção das complicações identificadas como principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal, ocorrendo desde a UBS até o atendimento hospitalar de alto risco.

- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional- SISVAN foi instituído primeiramente pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN, entrando em vigor nacionalmente a partir de 31 de agosto de 1990. Nas ESFs Morrinhos os dados do SISVAN foram tabulados sistematicamente até julho de 2012 e a partir do segundo semestre deste ano, devido a questões estruturais não foram lançados. Segundo informações dos responsáveis pelos programas, os lançamentos e acompanhamento dos usuários cadastrados estão sendo solucionados.

- Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos-HIPERDIA, objetiva cadastrar, acompanhar e garantir o recebimento dos medicamentos prescritos para os pacientes hipertensos e diabéticos no SIGAF. Este programa encontra-se em situação igual ao SISVAN.

- Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica – SIGAF, o mesmo tem como objetivo formar uma rede de assistência farmacêutica, para ampliar o acesso e a utilização coerente de medicamentos do Sistema Único de Saúde. Neste contexto em 2012, foi iniciado nas ESFs Morrinhos I, II e III, o cadastro de pacientes diagnosticados com hipertensão e diabetes, esse ocorria durante as consultas com os enfermeiros e durante os grupos operativos para os mesmos usuários, sendo eles primeiramente realizados no SIGAF onde automaticamente os dados são gerados para o sistema HIPERDIA.

- Sistema de Informação da Atenção Básica- SIAB é um Programa Nacional ligado à Atenção Básica, com a missão de monitorar e avaliar a mesma, como ferramenta de gestão e fomento. Nele consolidam-se as avaliações nas três instâncias de coordenação do SUS (Município, Estado e Gestão Federal), buscando uma maior qualidade na prestação de serviços e controle das enfermidades dos usuários SUS. As ESFs estudadas são beneficiadas por este Sistema, através de banco de dados para acolher todas as ações da Atenção Primária do município.
-
- Sistema Integrado de Assistência de Saúde do Trabalhador – SIAIS, onde os dados do SIAB são lançados. Segundo os técnicos da UBS Morrinhos existem dificuldades de lançamento dos cadastros dos usuários das ESFs I, II e III. A falta de demanda e adesão dos pacientes a certos atendimentos é devido à sobrecarga oriunda dos diversos Programas implantados e de acordo com os técnicos das Estratégias, esse fato causa desmotivação devido ao excesso de trabalho.

- Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, que tem por objetivo acompanhar as notificações e investigações dos casos de doenças e agravos, que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória. A USB Morrinhos através da equipe multiprofissional envia semanalmente ao setor de Epidemiologia as notificações negativas e as relativas ao monitoramento das doenças diarreicas agudas e quando for preciso a notificação compulsória de agravos.

- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ – AB, com finalidade de induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federais, estaduais e municipais, com destaque para as equipes de Atenção Básica, nas ofertas de serviços que disponibilizem a segurança, o acesso e a qualidade dos mesmos, em conformidade com as necessidades da população. A equipe técnica dos Morrinhos I, II e III, tem se esforçado para ajustar as estratégias previstas pelo PMAQ-AB, este programa está organizado em cinco fases que juntas formam um ciclo de melhoria do acesso e qualidade, a saber, são elas: adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa e recontratualização. As ESFs Morrinhos perpassaram pelas três primeiras etapas, e

tem observado mudanças positivas no processo, entre elas, o estreitamento das relações interpessoais e o espírito de trabalho em grupo (conforme relatório já mencionado).

- O Projeto Olhar Brasil é parte integrante do Programa Brasil Alfabetizado do Ministério da Educação, procura identificar os problemas visuais em todos os discentes matriculados na rede pública do Ensino Fundamental (1º ao 9º ano) ofertando acesso àqueles que necessitam de consulta oftalmológica e posteriormente óculos para os que precisarem. Além disso, faz a triagem em todos os alunos que residam em municípios inseridos no Programa Brasil Sem Miséria e com cobertura do Programa Saúde na Escola – PSE. Segundo o Relatório de Atividades da UBS Morrinhos, 2012, a Coordenação desse Projeto na SMS/PMMC, atendendo à determinação do governo federal inseriu neste plano os idosos alfabetizados e triados pelas ESFs Morrinhos, onde foram contemplados com consultas oftalmológicas agendadas pelo Projeto Olhar Brasil além, de posteriormente, serem atendidos para a medição necessária a confecção dos óculos.

- O Programa Mães de Minas refere-se às ações voltadas para a proteção e o cuidado da gestante e da criança no primeiro ano de vida, inserido como parte da Rede Viva – Vida foi proposto pelo Governo de Minas Gerais, para acompanhar o pré-natal e o primeiro ano de vida da criança, a fim de identificar e sanar situações de risco. O primeiro evento realizado pela UBS Morrinhos contou com a participação de trinta e oito gestantes sob a gestão da Coordenação de Saúde da Mulher.

- Centro de Referência a Saúde do Trabalhador- CEREST, nas ESFs Morrinhos todo o trabalho está interligado ao Centro Regional em Saúde do Trabalhador da Região de Saúde Montes Claros/ Bocaiúva, onde as questões referentes à saúde do trabalhador são triadas e após, se necessário, são encaminhados para a Média e Alta complexidade. (RELATÓRIO DE ATIVIDADES DA UBS MORRINHOS, 2012).

Em conformidade com as descrições e análises contidas no capítulo 05, o capítulo seguinte tem como propósito tratar sobre o objeto de estudo desta tese, que é o de

avaliar o processo de territorialização da saúde no bairro Morrinhos, até o ano de 2012, através dos serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família e sua equipe multiprofissional.

CAPÍTULO 6
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMILIA E TERRITORIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BAIRRO MORRINHOS

Vista aérea parcial do bairro Morrinhos



Fonte: MONTESCLAROS.COM

"Na superação dos desafios da saúde, novas posturas serão necessárias para ampliar, aproximar e concretizar o modelo de saúde SUS almejado, para que assim, as populações, que dele carecem, possam desfrutar de uma vida mais saudável e segura, marca de uma nova história na saúde do país".
(IARA MARIA SILVEIRA, 2013).

Este capítulo trata dos resultados da pesquisa aplicada na área adstrita da UBS Morrinhos, avaliando o processo de implantação das ESFs e suas relações com a política de Atenção Básica, discutindo sobre as espacializações e dinâmicas sócioespaciais locais, apresentando possíveis contribuições para as ações em saúde a serem desenvolvidas no bairro e Município, com orientação e apoio da Secretaria Municipal de Saúde.

6.1 Caracterização da UBS Morrinhos e os recortes espaciais

A ESF veio possibilitar, através do SUS, a prática da universalização da saúde no Brasil, uma vez que em períodos anteriores o acesso a esse tipo de serviço era somente oportunizado aos trabalhadores formais, os demais não gozavam inteiramente dos benefícios da saúde pública. Nesse sentido, ocorreu uma mudança de paradigmas, a medicina curativa passou a ser primeiramente preventiva, o que alterou os hábitos da população, que tem procurado com maior frequência as UBSs, para atendimentos em saúde, constituindo-se no alvo das ESFs, através dos serviços e atendimentos disponibilizados. Os profissionais das Estratégias passaram a buscar o aprimoramento da qualidade das atividades exercidas, objetivando a orientação dos problemas de saúde dos usuários, norteando e medicando-os, dentro das suas necessidades. Desse modo, houve um desencadeamento positivo na qualidade da saúde dos cidadãos atendidos, fator que veio ao encontro das proposições para as ESFs, que primam reorganizar o sistema de saúde em vigor nos municípios (BRASIL, 2003).

Outra questão é a sintonia e satisfação que devem existir entre as equipes multiprofissionais, os usuários e as ações e serviços. Esses pressupostos são os que criam vínculos entre as partes. Trad *et al.* (2002), escrevem que a satisfação do usuário está relacionada ao componente organizacional e se associa à facilidade de acesso à equipe de saúde, bem como às ações e serviços efetuados, antagônicos ao antigo modelo assistencial. Complementam a afirmativa, dizendo que um maior relacionamento da equipe multiprofissional com os usuários, ocasionará um melhor

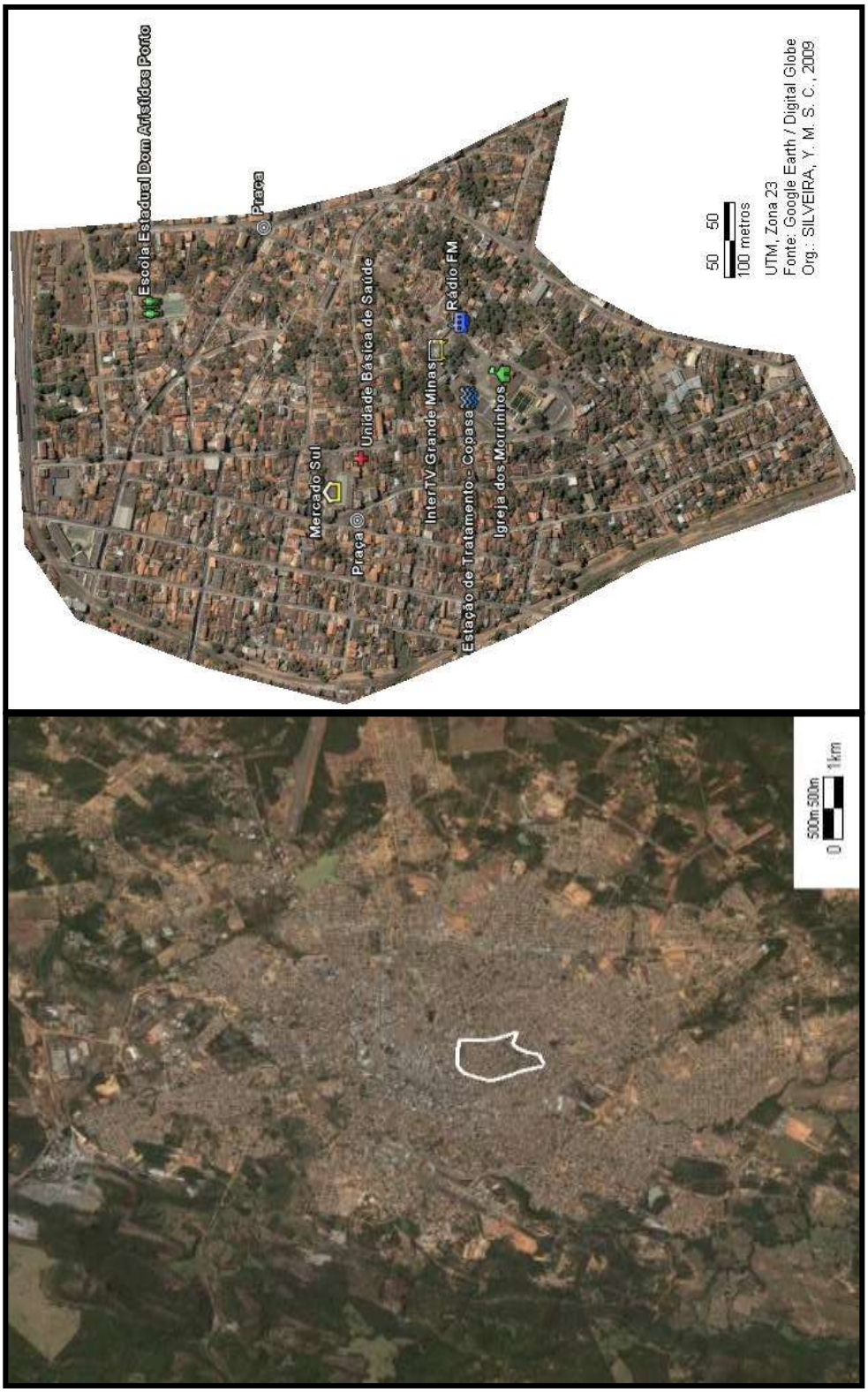
planejamento nas ações, resultando em sumo envolvimento da comunidade com os serviços de saúde.

Para o desencadeamento destas considerações na UBS Morrinhos, tomaram-se por base as normas e orientações do SUS e do PDR-MG em vigor, sintonizados com as propostas para a saúde da SMS/PMMC, na viabilização dos procedimentos de territorialização das ESFs no bairro Morrinhos. Neste intento, adotaram como critério as condições socioeconômicas, sanitárias, de saúde e, inclusive, político-administrativas. Cada ESF utilizou as ferramentas que acharam convenientes e as instrumentalizaram no processo das respectivas áreas de responsabilidade da UBS Morrinhos.

A área de circunscrição da UBS do bairro Morrinhos possui como limites: a linha férrea, da Ponte Preta até o começo da Rua Bahia, continuando com a Rua Santa Efigênia, interseção com a Rua Carlos Leite, mais a área delimitada pela Rua Ezequiel Pereira até esta cruzar com a Avenida dos Militares, incluindo a Rua e a Travessa Cassimira Rodrigues da Silva. (BORGES, 2007).

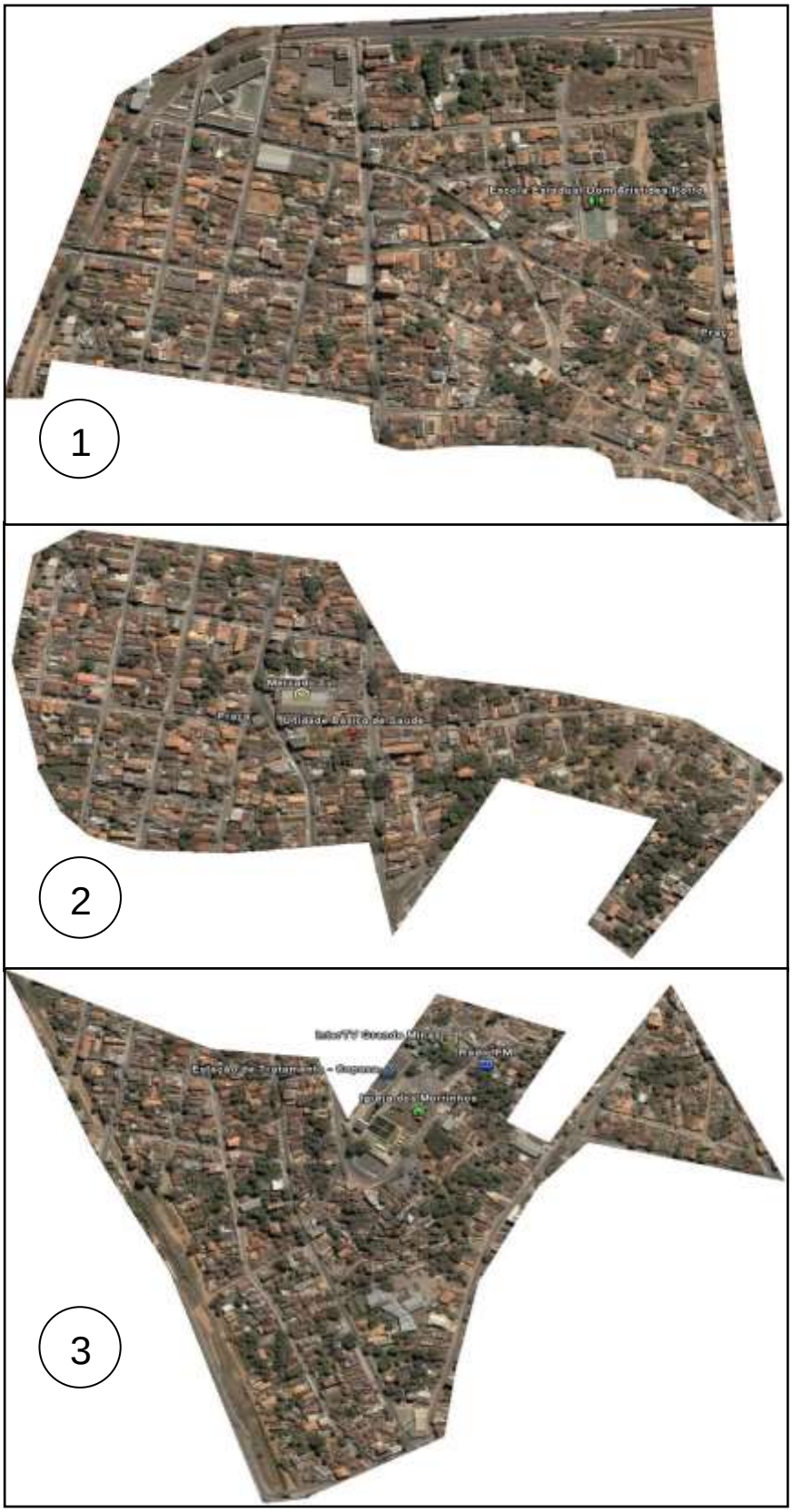
Nas figuras 49 e 50, observam-se as imagens obtidas através do Google Earth e Digital Globe em 2009, quando se delineou o espaço das áreas territoriais das ESFs I, II e III, na parte inicial deste estudo, quando existiam poucas imagens desta natureza. O delineamento da área obedeceu à delimitação equacionada pela equipe multiprofissional das ESFs em seu primeiro estudo no processo de territorialização. Nas imagens são observados alguns pontos de referência da infraestrutura do bairro.

Figura 49: O bairro Morrinhos no sítio urbano de Montes Claros – MG e seu recorte, com alguns pontos de referência – 2009



Fonte: Google Earth, Digital Globe e Terra Metrics **Org.:** SILVEIRA, 2009.

Figura 50: Área territorial das Equipes 1, 2 e 3, respectivamente, da UBS Morrinhos e alguns pontos de referência



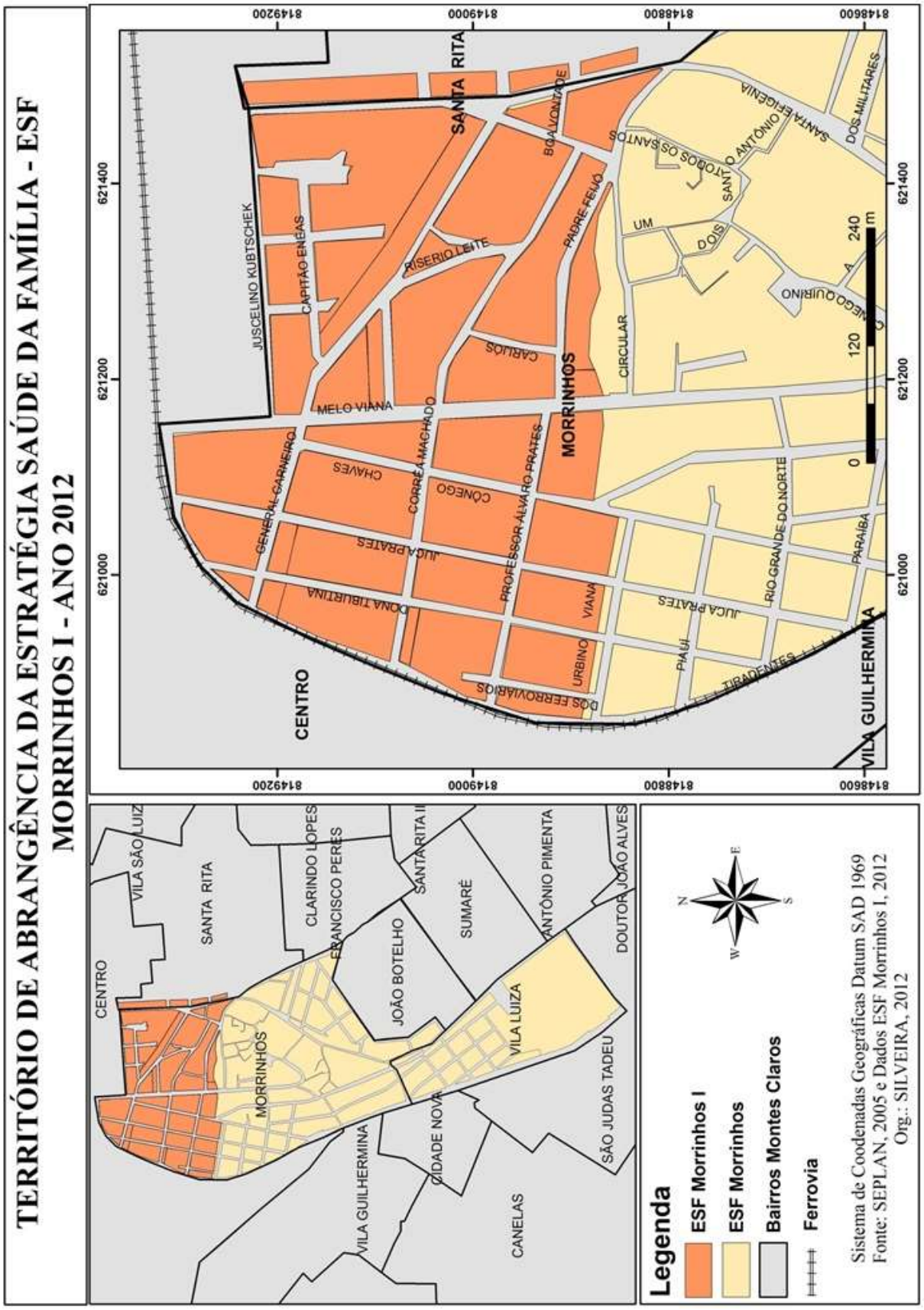
Fonte: Google Earth e Digital Globe. **Org.:** SILVEIRA, 2009

Para definir os territórios, os profissionais das ESFs, os técnicos da SMS/PMMC e comunidade do Morrinhos, decidiram conjuntamente os critérios a serem adotados em um gerenciamento participativo, na construção de um espaço de co-responsabilidade da saúde entre a população e o serviço. Os envolvidos percorreram toda a área e definiram, de acordo com os princípios da vigilância sanitária e áreas de risco, os territórios das ESFs e suas divisões em microáreas. As três áreas delineadas foram divididas em seis microáreas, totalizando, assim, dezoito microáreas. As classificações obedeceram aos critérios propostos pelo SUS, sendo eles, o perfil sanitário, econômico e social. No Morrinhos, os primeiros trabalhos divulgados têm como autores Borges (2007) – equipe I –, Oliveira e Astegger (2008) – equipe II – e Valiati (2008) – equipe III.

Neste limite geográfico há 9.336 moradores e 2.499 famílias cadastradas na base de dados da SIAB/DATASUS (2012), estas divididas em três áreas, sendo cada uma sob responsabilidade de uma equipe, sendo que os números de famílias cadastradas são: Morrinhos I (947), Morrinhos II (768), Morrinhos III (784). No final do referido ano as equipes estavam atuando em um novo processo de (re) territorialização, o mesmo está tendo continuidade no ano de 2013. No momento foram disponibilizados pela UBS somente os dados de descadastramento do Morrinhos I, sendo que 357 famílias foram descadastradas, devido á mudança de endereço, que ocorreram dentro do próprio bairro, ou para outras áreas da cidade, tendo situações em que as pessoas foram cadastradas pelas famílias, mas não residiam em Montes Claros.

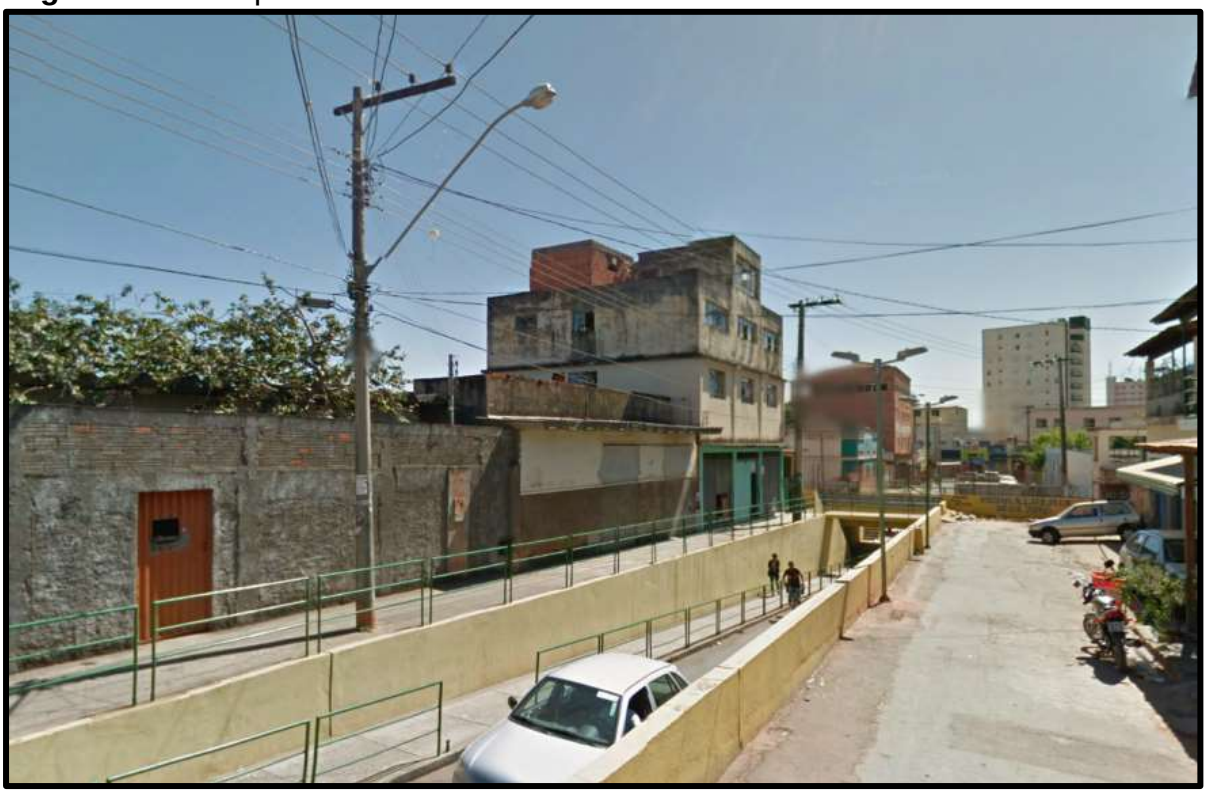
O mapa 24 está delimitando o território de abrangência da ESF Morrinhos I, que, abrange as Ruas Bahia, Capitão Enéas, Cônego Chaves (parte I), Correia Machado, Dona Tiburtina (parte I), General Carneiro (parte I), Juscelino Kubstchek, José Esteves, Juca Prates (parte I), Melo Viana (parte I), Milton Prates, Pedro Cardoso e Beco Carijós. (BORGES, 2007).

Mapa 24: Território de abrangência da Estratégia Saúde da Família – ESF Morrinhos I – ano 2012



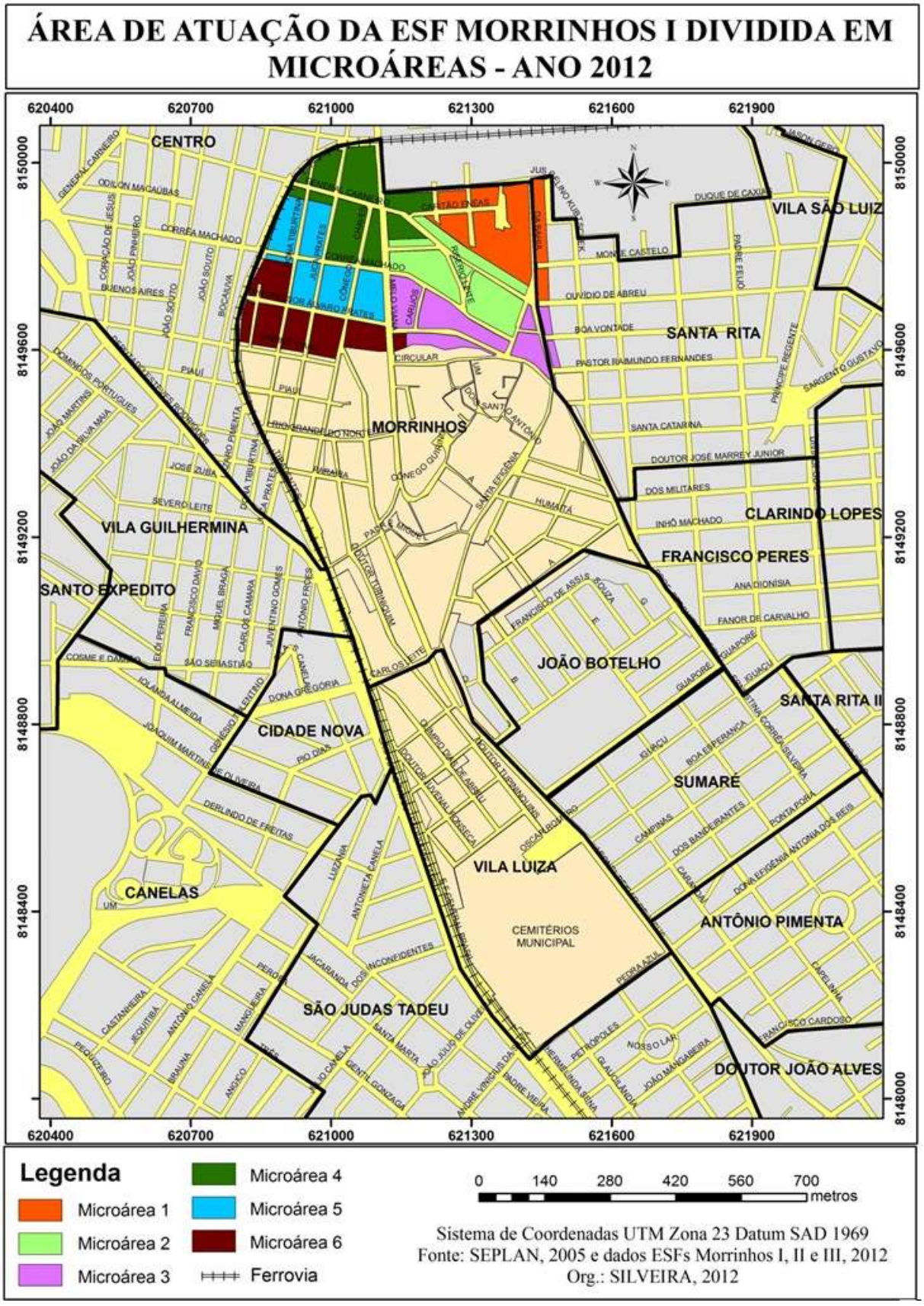
Através do Mapa 25, é observada a divisão da ESF Morrinhos I em microáreas, que totalizam 06 e são próximas à UBS, todavia as Micros 05 e 06 estão um pouco mais distantes, porém isso não impede o acesso da população até a UBS. Existe no local apenas uma área considerada de risco ambiental, que é o Viaduto Chico Ornellas (figura 51), o qual em períodos chuvosos é local sujeito a inundações periódicas. O viaduto foi planejado inicialmente para uma ciclovia e passagem de pedestres, todavia, como o bairro Morrinhos é cercado no sentido longitudinal a oeste pela linha férrea, devido dificuldades de acesso ao bairro, a população solicitou à gestão municipal nos anos de 2008-2012 a possibilidade de ampliar a passagem também para veículos de pequeno porte. (PESQUISA DIRETA, 2012). Destaca-se ainda que em alguns quarteirões dessas microáreas é possível verificar algumas disparidades, ou seja, moradias em espaços amplos e locais que contrastam com residências construídas nos fundos dos quintais “características de territórios invadidos, onde se aglomeram várias famílias no mesmo quintal” (SANTOS, 2008, p.23).

Figura 51: Vista parcial do viaduto Chico Ornellas



Fonte: SILVEIRA, 2013.

Mapa 25: Área de atuação da ESF Morrinhos I dividida em microáreas – ano 2012



A linha férrea é um obstáculo aos moradores e transeuntes, visto que corta toda a área oeste da ESF I e, por ser a mais próxima da área central, o trânsito é mais intenso, fato que culmina em eventos danosos aos moradores e comunidade montes-clarense.

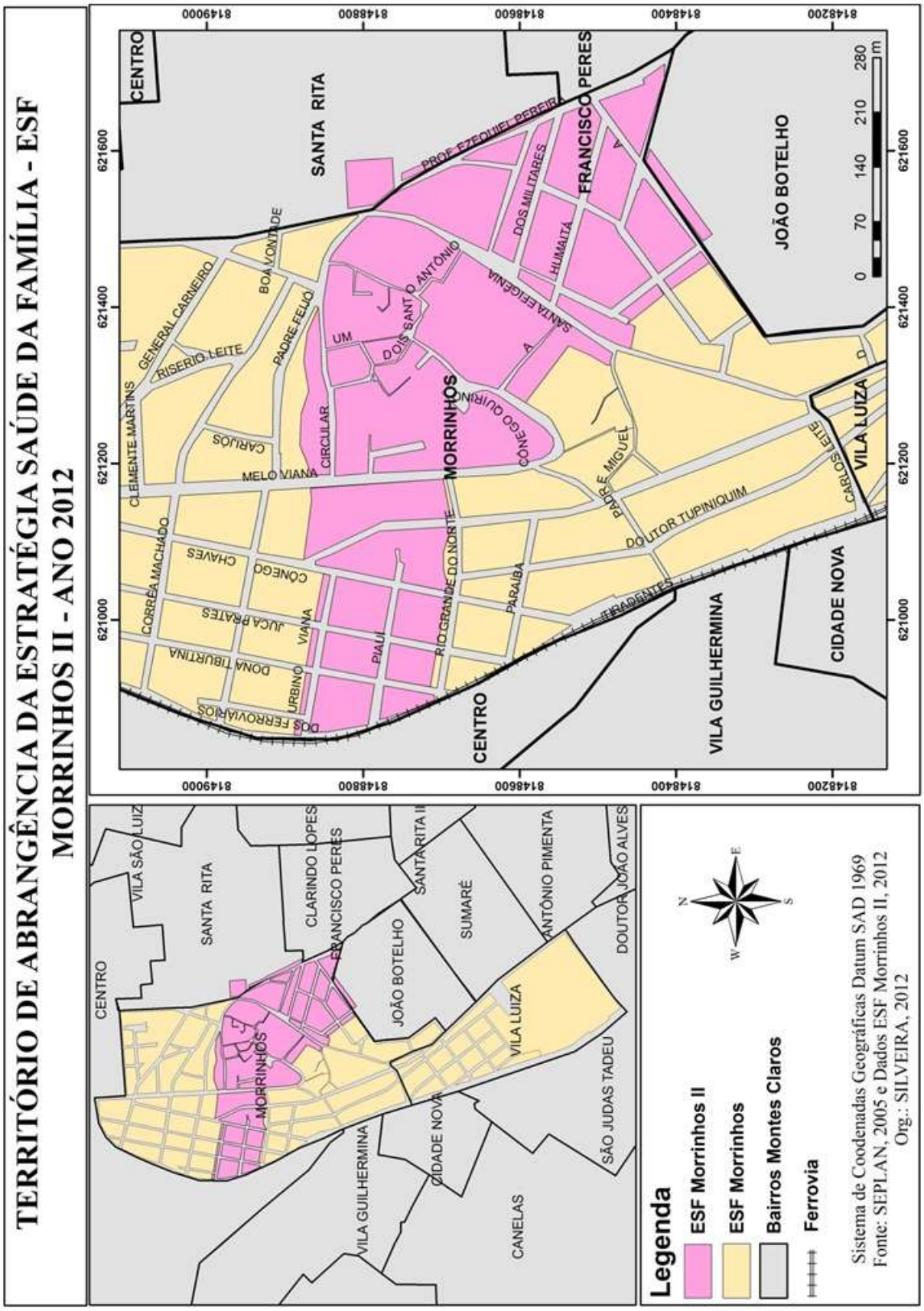
No mapa 26, observa-se o território de abrangência da ESF Morrinhos II, estando localizada em uma distância média da UBS, sendo sua a área de circunscrição a norte e oeste do território dos Morrinhos. O espaço da ESF II obedece a seguinte delimitação: Ruas Álvaro Prates, Urbino Viana, Piauí e Ferroviários, parte das Ruas Melo Viana, Cônego Chaves, Juca Prates, Dona Tiburtina, Santa Efigênia, Avenida Leonel Beirão (parte I), e os Becos Santo Antônio, Todos os Santos, e Becos 02 e 03. (OLIVEIRA; ASTEGGER, 2008). Na figura 52 pode-se observar a estrutura dos equipamentos locais, bem como parte da Rua Rio Grande do Norte que dá acesso às áreas mais altas do Morrinhos.

Figura 52: Avenida Leonel Beirão no entroncamento com a Rua Rio Grande do Norte



Fonte: SILVEIRA, 2013.

Mapa 26: Território de abrangência da Estratégia Saúde da Família – ESF Morrinhos II – ano 2012



No Morrinhos II o mapa 27 disponibiliza os territórios das Microáreas, as quais também são seis. Nelas existem áreas consideradas de risco, especialmente aquelas que estão no alto do morro, por serem íngremes, com ameaças de deslizamentos e dificuldades normais no acesso. Nestas, além das questões de segurança, a topografia irregular determinou a existência de muitos becos, hoje todos asfaltados, mas com iluminação deficiente e quase que total inexistência de passeios, sendo empecilho de locomoção para os moradores e principalmente para os idosos, que se veem impedidos de participarem ativamente das atividades da UBS.

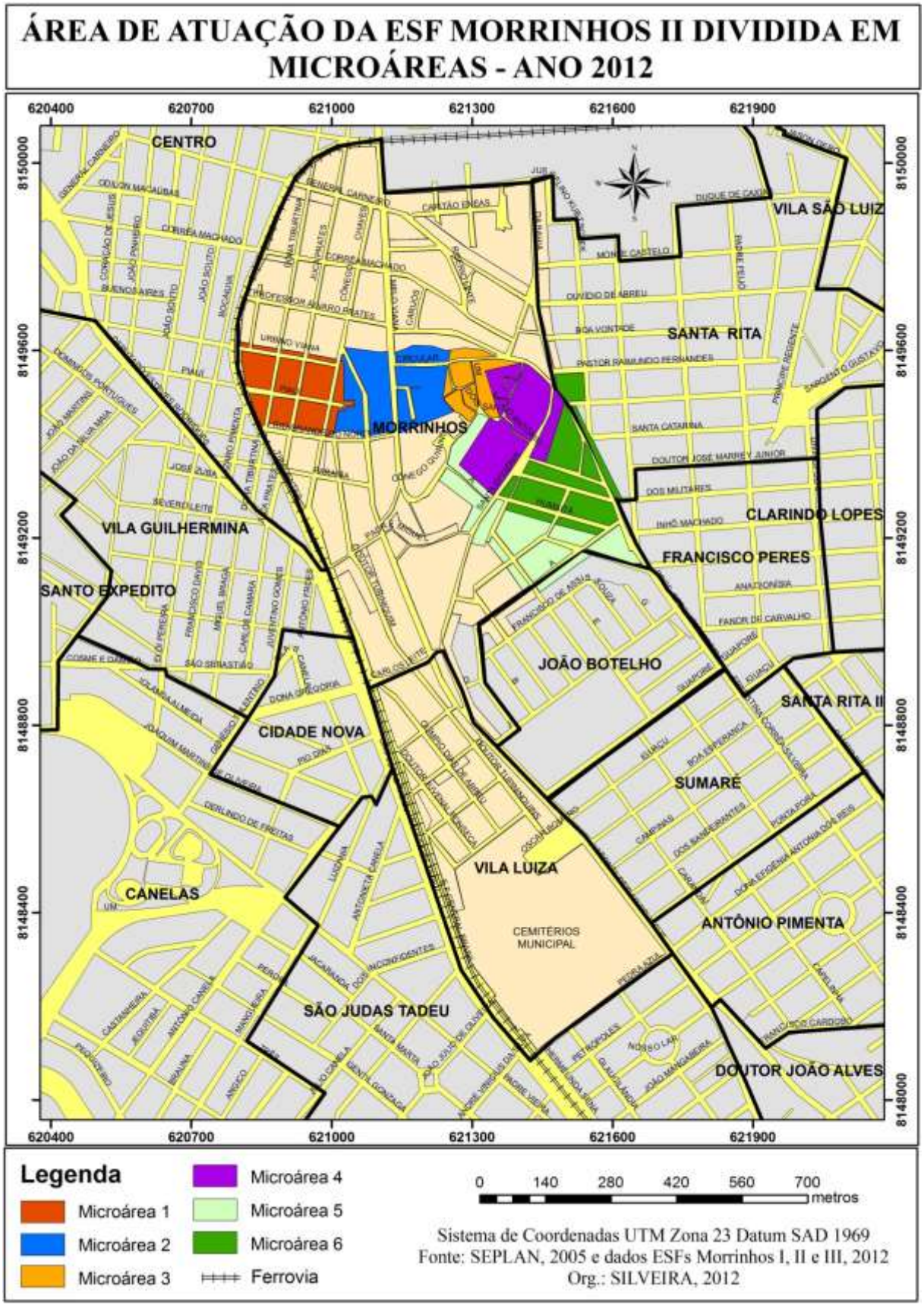
Nesse sentido, o trabalho da Equipe Multiprofissional tem sido prestado de forma efetiva, garantindo o atendimento àqueles que têm dificuldade de deslocamento. Outra questão é o lixo nestas áreas, que é depositado pelos moradores em lugares específicos, para o recolhimento processado pela Empresa Municipal de Serviços, Obras e Urbanização – ESURB. Vale ressaltar também o risco que a linha férrea apresenta, é uma barreira geográfica no deslocamento de pessoas e meios de transportes (figura 53), além de provocar acidentes com danos humanos e materiais; além disso, estas áreas ainda possuem número significativo de desempregados e prostituição em seus diversos contextos. (PESQUISA DIRETA, 2012).

Figura 53: A barreira geográfica da linha férrea da Centro-Atlântica na rua Urbino Viana Morrinhos II



Fonte: SILVEIRA, 2013.

Mapa 27: Área de atuação da ESF Morrinhos I dividida em microáreas – ano 2012



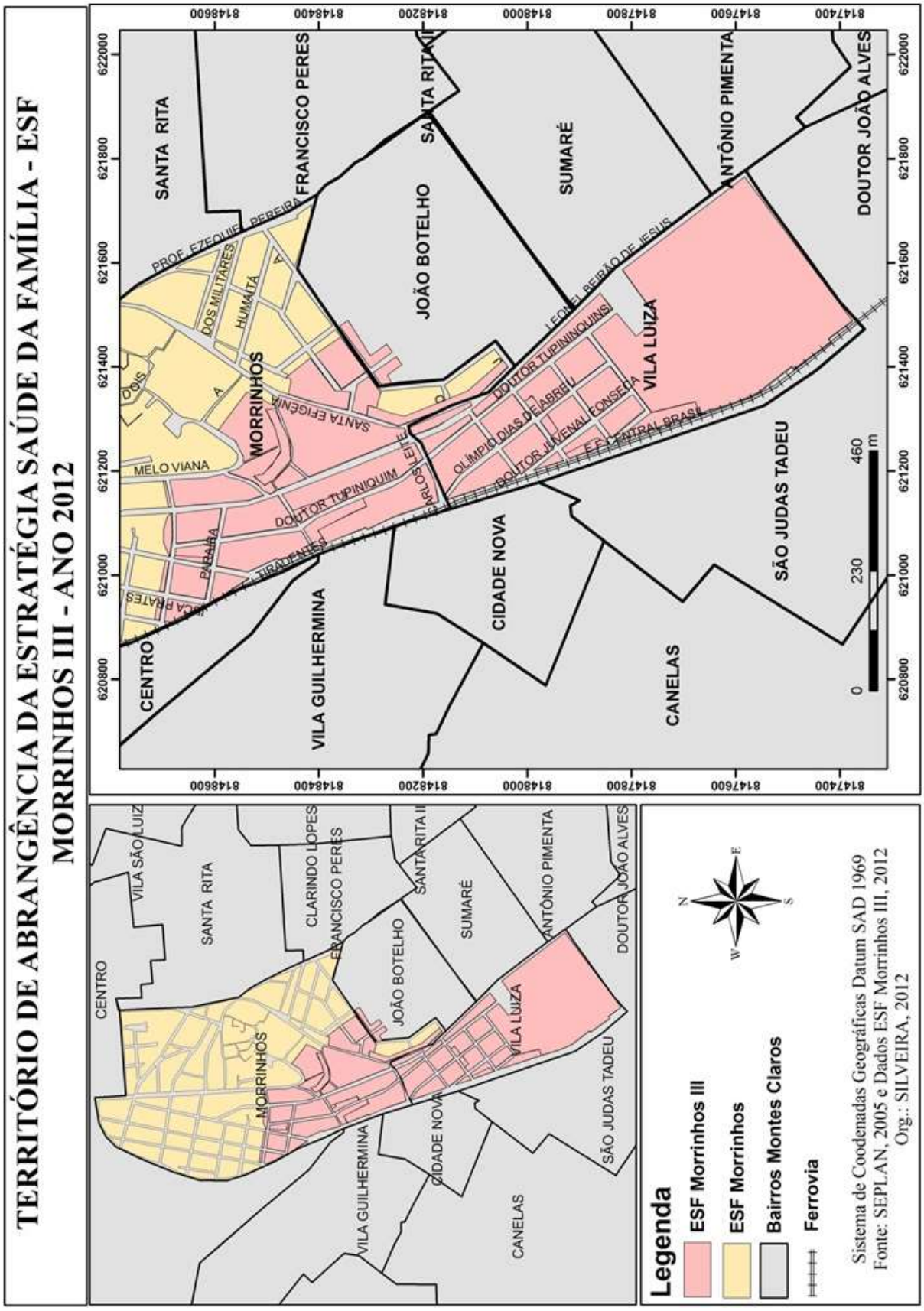
O mapa 28 diz respeito, aos limites da ESF Morrinhos III, possuindo área adstrita composta das Ruas: Antônio Prates Sobrinho, Carlos Leite, Domiciano Pimenta, Doutor Tupiniquins, Filomeno Ribeiro, Francisco José Guimarães, Irmã Beatriz, João Carneiro Coelho, Joaquim Costa, Juvenal Fonseca, Maria Lina Teixeira, Padre Miguel, Rio Grande do Norte, Paraíba, Olímpio Dias de Abreu, Ladeira Cônego Quirino e partes II das Ruas Cônego Chaves, Juca Prates, Hermelinda Sena (figura 54), Melo Viana e Avenida Leonel Beirão de Jesus. Desta forma, a área adstrita abrange parte do bairro Morrinhos e todo o bairro Vila Luiza. (CAMPOLINA, *et al*, 2012).

Figura 54: Entroncamento da Rua Hermelinda Sena, uma das vias de acesso do bairro Vila Luiza com a Avenida São Judas Tadeu.



Fonte: SILVEIRA, 2013.

Mapa 28: Território de abrangência da Estratégia Saúde da Família – ESF Morrinhos III – ano 2012

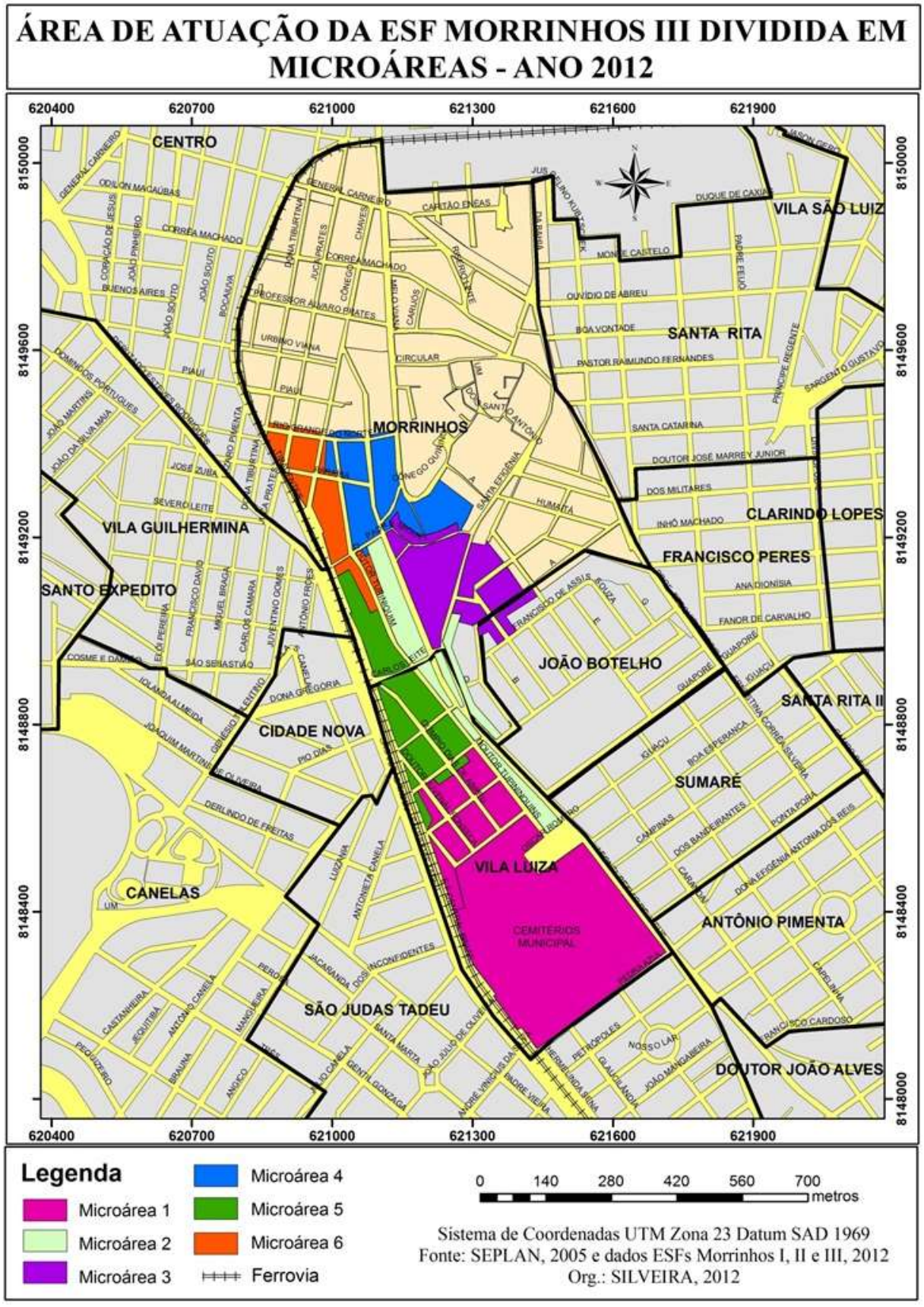


As microáreas da ESF III se encontram demostradas no mapa 29, elas também são seis, porém é a mais distante e extensa, devido à inserção do bairro Vila Luiza que foi anexado na UBS Morrinhos em 2008, conforme citado anteriormente. No que diz respeito às condições de risco, são as mesmas questões estruturais das ESFs I e II, isto é, dificuldade no recolhimento de lixo; residências insalubres; passeios com condições deficientes; desemprego e prostituição; linha férrea como barreira física e social, sendo as áreas livres usadas pelos moradores para depósito de entulhos, favorecendo a proliferação de mosquitos e animais peçonhentos; segurança - neste quesito existe uma particularidade em todos os espaços das ESFs: o tráfico de entorpecentes, que tem sido alvo da atenção da segurança pública local, municipal e regional.

Segundo entrevistados da ESF III, a violência gerada pelo tráfico trouxe insegurança aos moradores e dificulta o desenvolvimento do bairro. Dentre as questões referentes aos riscos ambientais locais foram verificados primeiramente: a falta de escolas de ensino básico nesta área, provocando o deslocamento das crianças e adolescentes a longas distâncias; existência de uma pequena favela dentro do espaço, local de moradias com pessoas vivendo em condições sub-humanas; assaltos esporádicos com infratores conhecidos pelos moradores do bairro; iluminação insuficiente. (PESQUISA DIRETA, 2012).

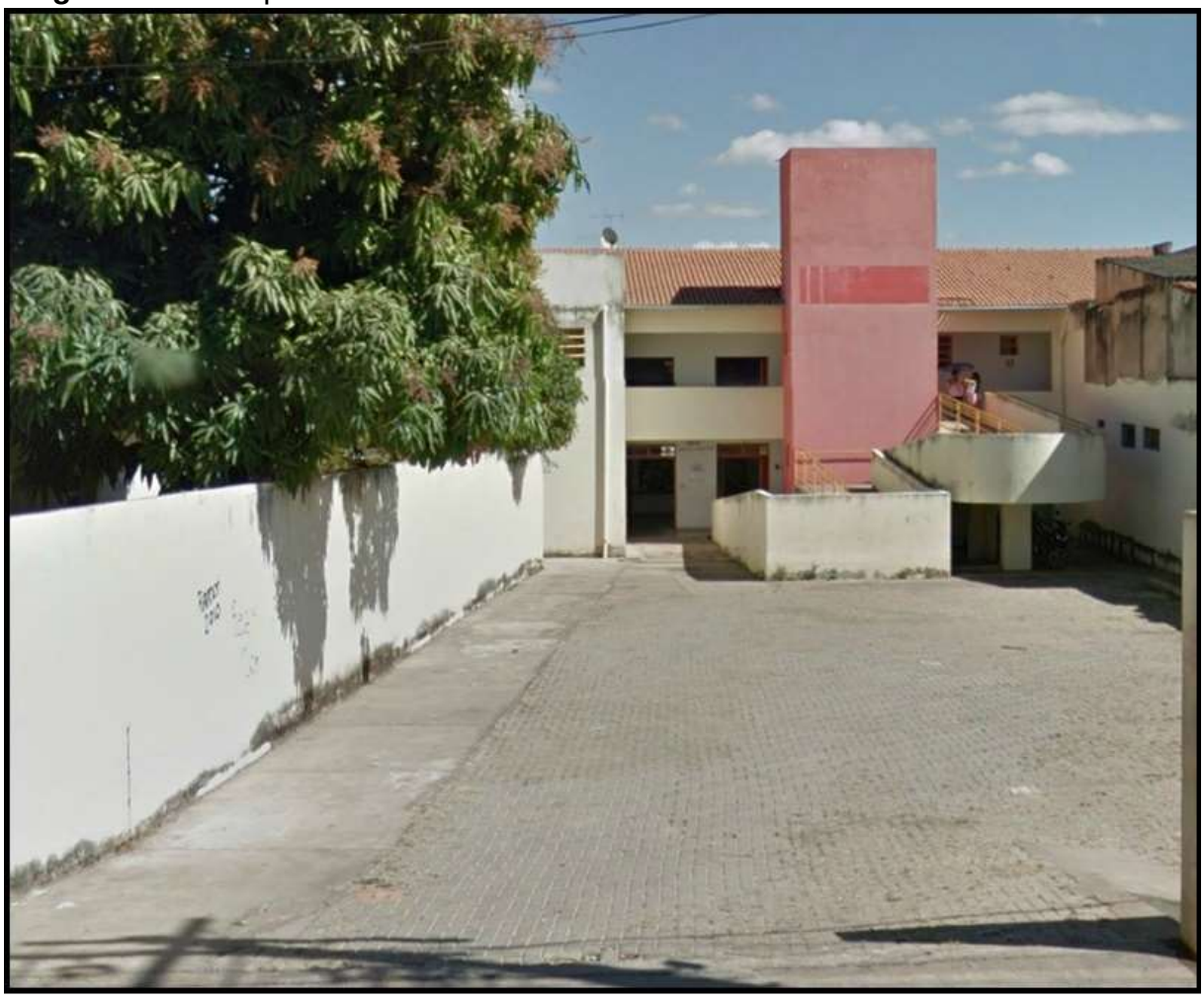
Quando se fala em fator de risco na UBS Morrinhos, levou-se também em consideração outros critérios que envolvem 100% das famílias cadastradas, dentre estes estão: fatores socioeconômicos (alfabetização do chefe da família e renda familiar); abastecimento de água (condições ou patologias prioritárias que exponham os usuários a riscos), transporte, dentre outros. Neste parâmetro estão incluídos a universalização e o acesso aos serviços de saúde. Na UBS Morrinhos existe, segundo a equipe multiprofissional, e foi constatado pela pesquisadora, o acompanhamento das situações de risco desde o grau Risco Zero – R0 até ao Risco 05 - R5. Ficou evidente o interesse da equipe de saúde da UBS de investigar e procurar soluções para a resolução das questões mais graves e pertinentes, além de demonstrarem vontade e empenho em trabalhar para prevenção dos mesmos. (PESQUISA DIRETA, 2012).

Mapa 29: Área de atuação da ESF Morrinhos III dividida em microáreas – ano 2012



A estrutura da UBS Morrinhos abriga as ESFs Morrinhos I, II e III, e foi construída entre os anos de 2007-2008. Apresenta condições adequadas para abrigar os serviços de saúde, (figura 55); o projeto executado possui dois andares, neles distribuídos um estacionamento com rampa e escada para acesso ao segundo piso e os seguintes compartimentos: salas de espera, sala de escovação, salas de reuniões, salas de acolhimento, sala de distribuição de medicamentos e nebulizações, salas de procedimentos, recepção para odontologia, sala de radiografia odontológica, sala de esterilização, sala para agendamento de exames e consultas especializadas, quatro banheiros para usuários e três para funcionários, uma biblioteca, um almoxarifado, uma área de recepção (ainda não utilizada), quatro consultórios clínicos, dois ginecológicos com banheiro, um depósito de materiais de limpeza, uma cozinha (ANEXO XIII). (PESQUISA DIRETA).

Figura 55: Vista parcial da UBS Morrinhos - Montes Claros



Fonte: SILVEIRA, 2013

A tipologia das ESFs Morrinhos é de Modalidade I, funcionando durante 9 horas diárias para atender a demanda da população adstrita, em casos necessários funciona nos finais de semana e em horários noturnos em dias úteis, o que depende de prévia autorização da SMS/PMMC e Coordenação de Saúde da Família. A equipe técnica é composta de 03 médicos, 03 enfermeiras, dezesseis ACSs, sendo 05 para Morrinhos I, 06 para Morrinhos II e 05 para Morrinhos III, 03 técnicos de enfermagem, 03 auxiliares de serviços gerais. A equipe de saúde bucal Modalidade I é composta de 03 cirurgiões-dentistas e 03 atendentes bucais - ASBs. (PESQUISA DIRETA, 2012)

As ESFs estudadas operam através da demanda espontânea programada em um processo de acolhimento e estratificação de risco, via Protocolo de Manchester. Esse acolhimento e inclusão dos usuários vão aperfeiçoar os serviços, reduzir o tempo de espera e filas, além de hierarquizar o risco e o acesso aos outros níveis do Sistema. Esse processo é compreendido como diretriz ética, estética e política do modelo de produzir saúde, pois constrói vínculos garantindo o acesso aos usuários com resolução e responsabilidade dos serviços. (BRASIL, 2004, p.43). Este Protocolo, no bairro Morrinhos, está estruturado dentro da demanda agendada, para os atendimentos nos âmbitos da Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher, do Homem, do Adulto e do Idoso; nesse prisma, são ofertados à população envolvida os Grupos de Educação em Saúde, de acordo com as necessidades dos usuários para as diversas faixas etárias.

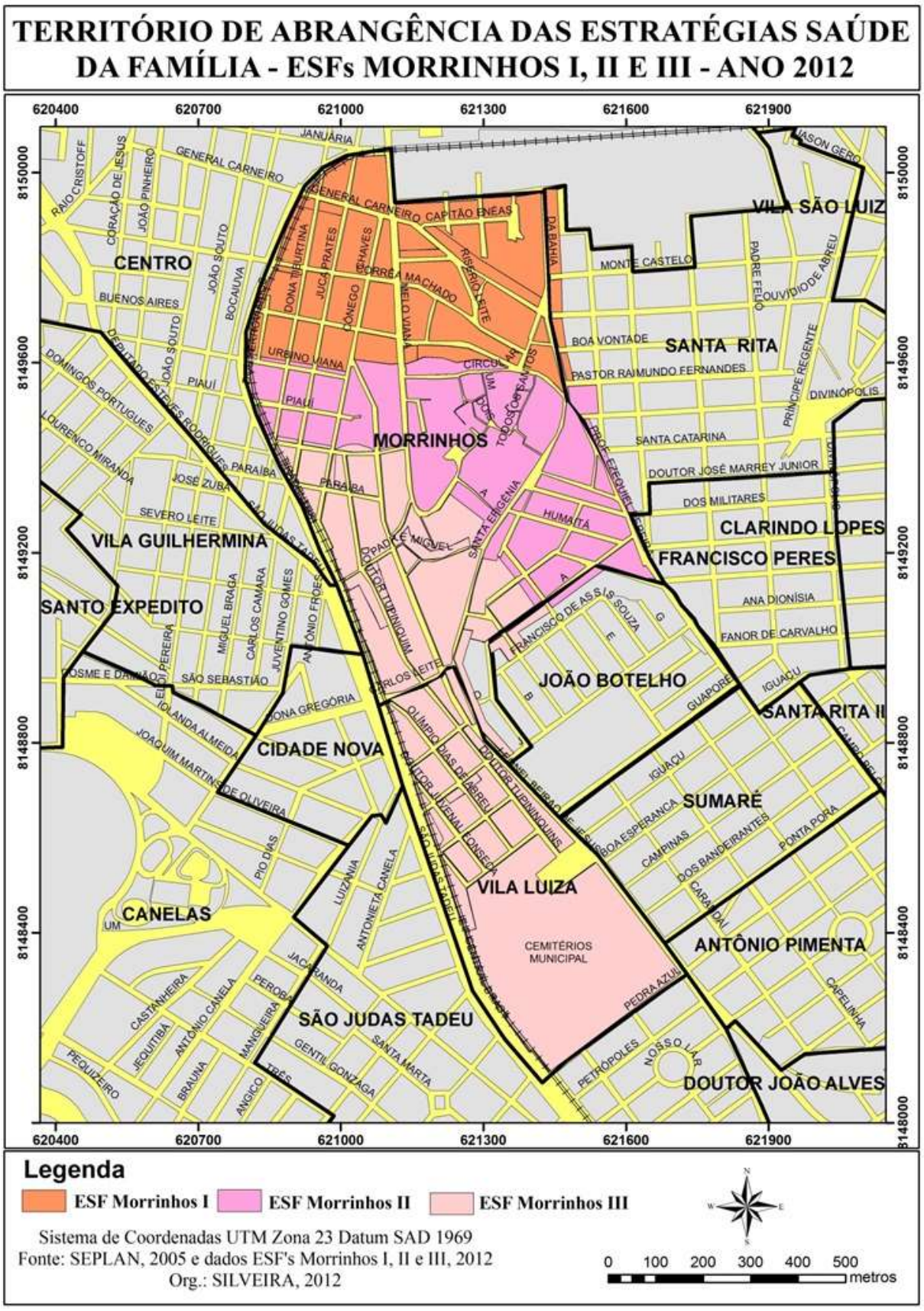
A UBS Morrinhos, dentre as demais Unidades Básicas da cidade de Montes Claros, foi escolhida pela SMS/PMMC para abrigar o Projeto Piloto do Protocolo de Manchester no município, tendo em vista suas condições estruturais, serviços, ações e equipe multiprofissional. (RELATÓRIO DE ATIVIDADES DA UBS MORRINHOS, 2012). De acordo com o Jornal de Notícias, do dia 30 de Julho de 2013, a Rede Municipal de Saúde capacitou os profissionais da ESFs para utilização desta ferramenta, definindo que o mesmo será implantado nas demais ESFs gradativamente, obedecendo às orientações do SUS, que dizem respeito à necessidade dos atendimentos emergenciais de acordo com as cores e tempo de espera: cor vermelha - atendimento imediato; cor laranja - muito urgente (prevê 10

minutos de espera); cor amarela – urgente (60 minutos de espera); cor verde – pouco urgente (120 minutos de espera) e cor azul – não urgente (240 minutos de espera). (JORNAL DE NOTÍCIAS, 30 DE JULHO DE 2013).

No mapa 30 apresenta o espaço contínuo dos três territórios das ESFs do bairro Morrinhos. Cada um deles como abordado apresentam peculiaridades, todavia as identidades socioeconômicas, culturais e político-ambientais são bastante similares. Nesse âmbito, as questões que envolvem a saúde dos moradores locais, apesar das particularidades em cada área adstrita possuem também afinidades bem definidas, no que diz respeito às necessidades e condições de saúde, áreas de risco, entre outros.

A área de abrangência total das ESFs Morrinhos perfazem 676.054 m², sendo que a ESF Morrinhos I ocupa uma área de 177.109 m², incluindo espaços que ultrapassam os limites do bairro, adentrando para o Santa Rita; a ESF Morrinhos II, é maior que a Morrinhos I, abrange uma área de 182.889 m², nesse contexto também avança em seus limites para os bairros João Botelho e Santa Rita; e a ESF Morrinhos III é a que possui maior área, ou seja, 316.056 m², esta também avança além do limite do bairro incluindo áreas do João Botelho.

Mapa 30: Território de abrangência das Estratégias Saúde da Família – ESFs Morrinhos I, II e III – ano 2012



6.2 Territorialização das principais doenças nas áreas de atuação das ESFs – Morrinhos

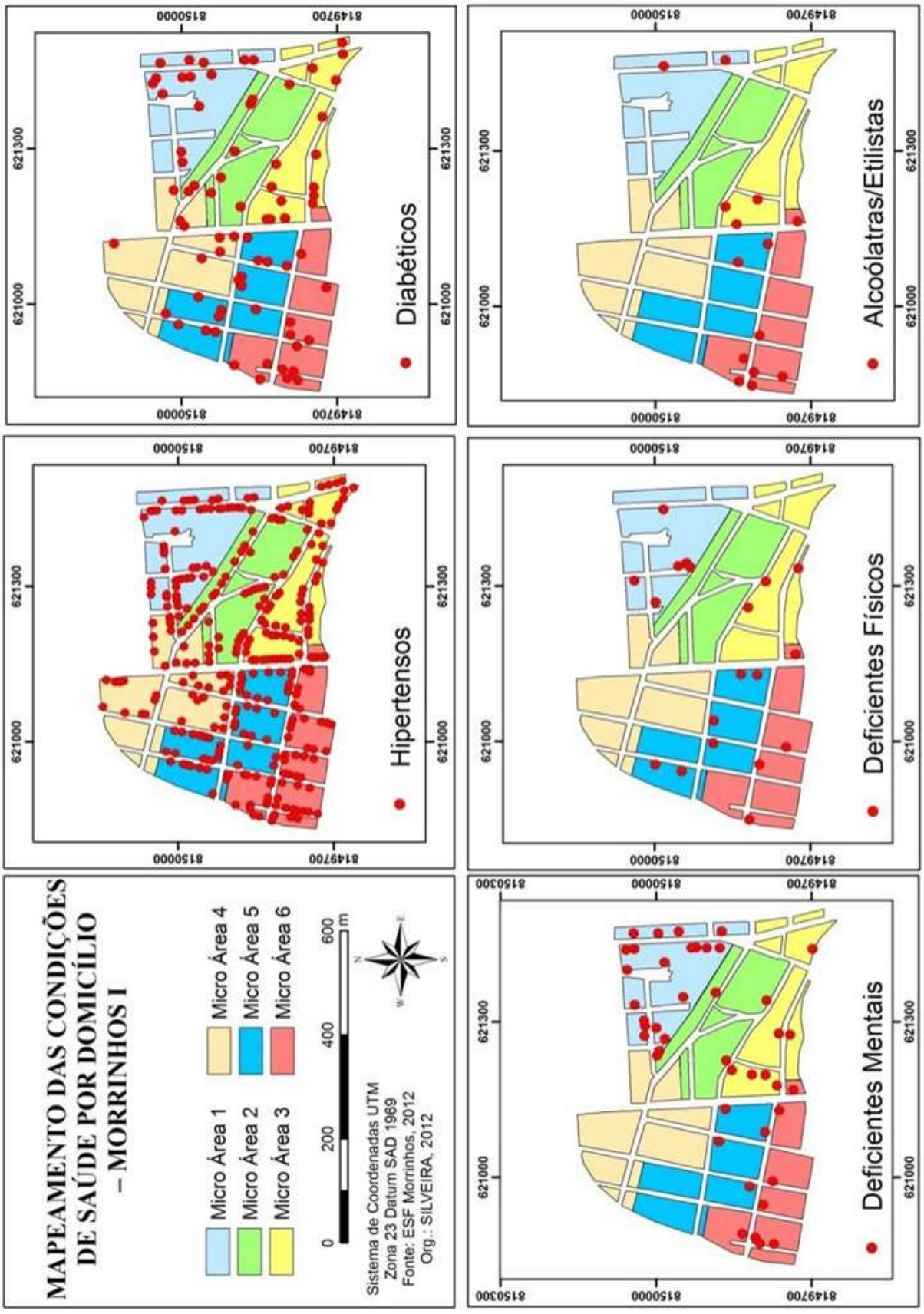
Por ser este trabalho voltado para a temática da territorialização, a pesquisa foi orientada pelos dados fornecidos pela UBS e SIAB/DATASUS (2012), mapeou as principais condições de saúde mais assinaladas dos três territórios da área adstrita.

A metodologia na construção do mapa e dos demais está firmada no trabalho das ACSs, que em visitas mensais, buscam mapear todas as moradias e a qualidade de saúde dos moradores. O mapa 31 apresenta as condições de saúde dos domicílios do Morrinhos I, nele estão evidenciadas as diferentes enfermidades locais. A maior incidência é a dos Hipertensos, seguida pelos Diabéticos, Deficientes Mentais, Físicos e Alcoólatras/Etilistas. As Estratégias, através da equipe de saúde, têm-se empenhado em minimizar essas questões, intermediadas pelos Grupos de Educação em Saúde, entretanto alguns deles foram desativados em 2013, devido a questões de gestão administrativa da SMS/PMMC na UBS Morrinhos, entre eles, está o de Educação em Saúde Mental (referido anteriormente).

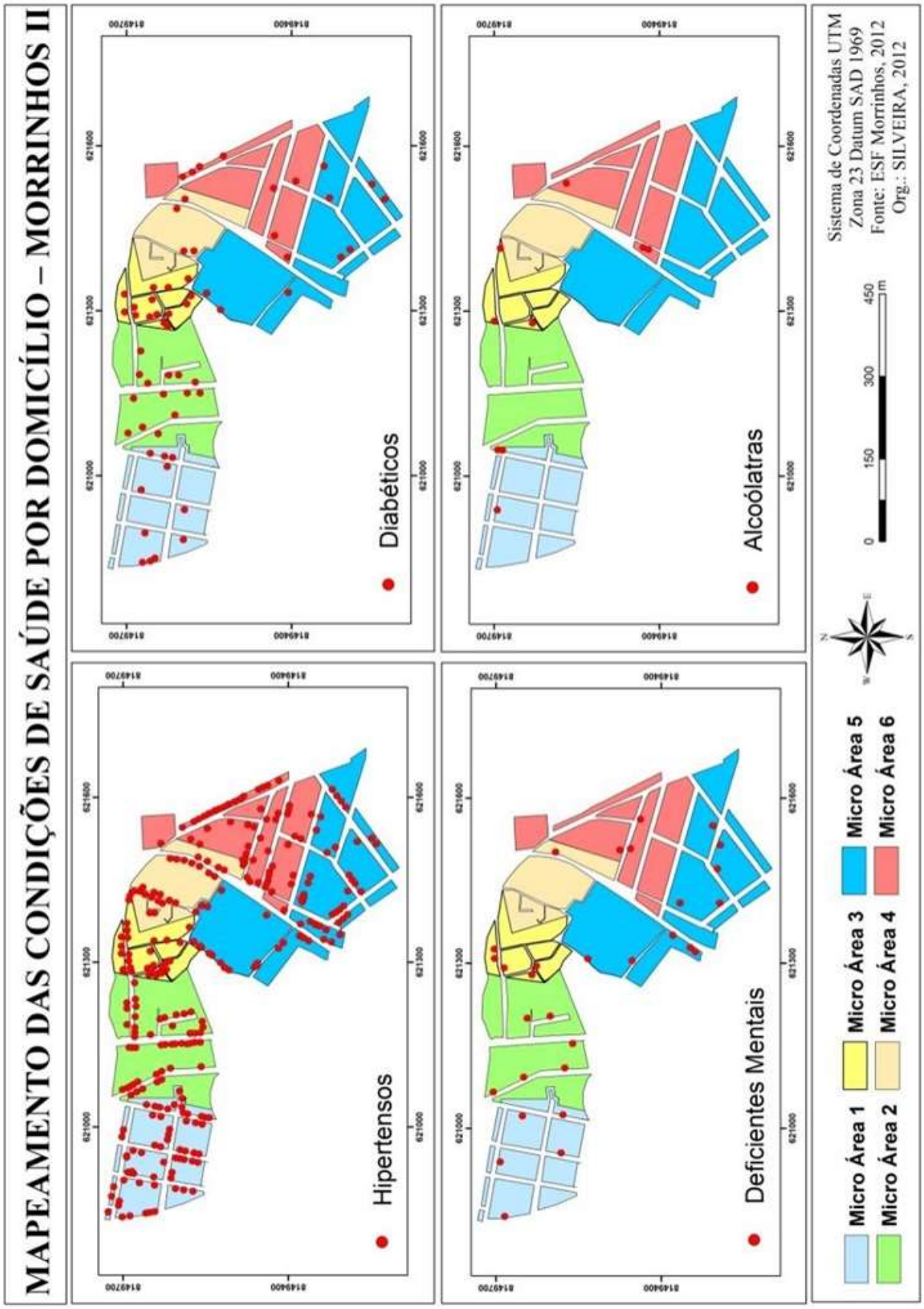
No Morrinhos II, o procedimento foi o mesmo, ficou ratificada a mesma informação do mapa 31, ou seja, maior incidência de Hipertensos, seguida pelos Diabéticos, Deficientes Mentais e Alcoólatras.

Segundo o mapa 32, é possível analisar que a ESF II goza de mais saúde do que as ESFs I e III no que diz respeito a essas condições. Nessa estratégia, não foram assinalados Deficientes Físicos e Elitistas, além do número de casos visualizados serem em menor quantidade, apesar de a população do Morrinhos II ser um pouco menor do que a do Morrinhos I.

Mapa 31: Mapeamento das condições de saúde por domicílio – Morrinhos I



Mapa 32: Mapeamento das condições de saúde por domicílio – Morrinhos II



Na pesquisa aplicada, enquanto se ouviam os depoimentos, foi possível observar que as condições de saúde, estão diretamente interligadas às questões de educação alimentar, atividades físicas, desequilíbrios emocionais, alcoolismo - os dois últimos estão intimamente associados aos aspectos socioeconômicos.

O mapa 33 retrata sobre as mesmas condições de saúde dos mapas 31 e 32, no Morrinhos III, uma das áreas com condições sociais e financeiras bastante comprometida, área em que se encontra inserida a Vila Luiza. Os Hipertensos e Diabéticos correspondem às situações de saúde mais recorrentes, posteriormente são os Deficientes Mentais e Físicos. Uma nova condição de saúde é demostrada nesse mapa, os acamados, situação não encontrada nas demais ESFs. Consequentemente, não foi diagnosticados números de alcoólatras nas famílias visitadas.

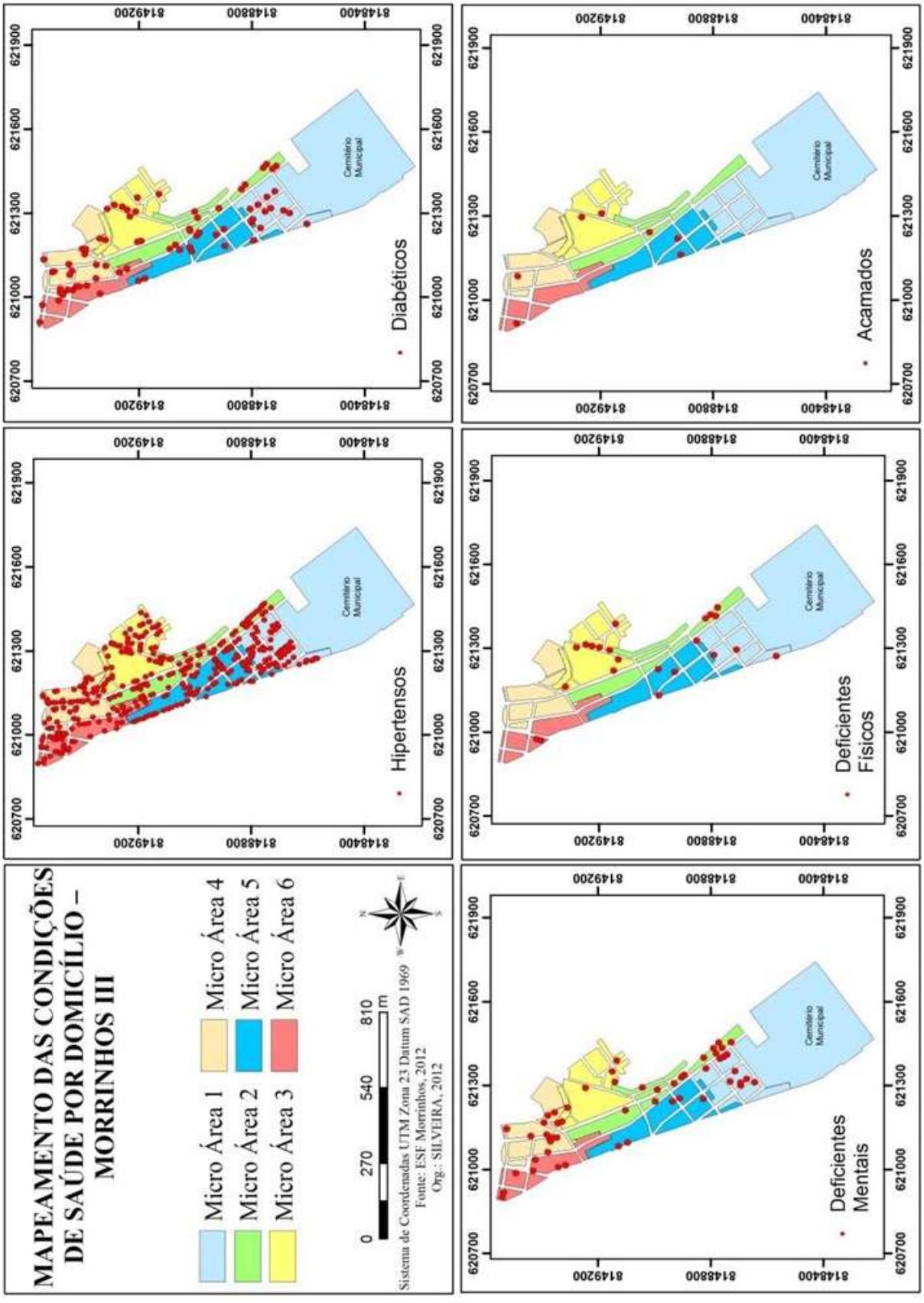
Na figura 56 é possível observar os cenários de algumas áreas do Morrinhos III, que evidenciam as condições sanitárias locais, as quais favorecem a proliferação de situações de risco e também demonstram as situações sociofinanceiras da microárea, que vêm influenciar direta ou indiretamente nos agravos da saúde da população ali residente.

Figura 56: Cenários diversos das condições próximas às moradias do Morrinhos III



Fonte: RELATÓRIO DE TERRITORIALIZAÇÃO MORRINHOS III E VILA LUIZA, 2011.

Mapa 33: Mapeamento das condições de saúde por domicílio – Morrinhos III



Analisando as situações configuradas nos três mapas, é perceptível a significativa quantidade de Hipertensos e Diabéticos. Outra questão que merece reflexão são os Deficientes Mentais com causas hereditárias ou em função de alcoolismo e depressão. Vale salientar que as equipes de Atenção em Saúde criam mecanismos de prevenção e promoção que minimizem essas condições. Todavia, precisam para melhorar o desempenho, o apoio do poder público e de ampliação das equipes, especialmente dos ACSs, Enfermeiros e Médicos, pois o número da população do território já está quase extrapolando o proposto pelo Sistema. Verificou-se ainda, nas famílias visitadas mais de um caso de condições de saúde dos moradores que nela habitam. Diante do exposto, ratifica-se a importância dos serviços prestados pela UBS, através das ESFs que muito têm contribuído para garantir a universalização, equidade e democratização do acesso à saúde na área adstrita.

6.3 Territorialização da saúde: a visão dos sujeitos sociais

Nesta etapa do último capítulo, o objetivo foi apresentar e discutir os resultados dos temas questionados na entrevista com os representantes familiares e profissionais da equipe de saúde da UBS Morrinhos. Inicialmente, foram expostos o perfil e os relatos das indagações feitas aos usuários pesquisados a respeito processo de territorialização, diante de temas previamente estabelecidos que confirmem ou não a respeito das etapas do referido processo (APÊNDICE 01). *A posteriori*, a mesma metodologia foi usada para obter informações sobre o mesmo processo a partir do ponto de vista da equipe multiprofissional da UBS, no sentido de complementar e confirmar ou não os dados fornecidos pelos usuários (APÊNDICE 02).

Antes de apresentar as repostas dos usuários entrevistados, julgou-se importante traçar o perfil da clientela. Os sujeitos da pesquisa foram selecionados a partir das seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, renda mensal familiar e ser morador na área adstrita da UBS, além da satisfação em relação aos serviços de saúde utilizados. Para esse fim, os entrevistados foram devidamente esclarecidos sobre o conteúdo e importância da pesquisa, inclusive alertando-os a respeito do rigor científico do estudo e da preservação do sigilo absoluto dos dados e dos usuários

entrevistados. Desse modo, 607 usuários, que totalizam 24% das famílias cadastradas, foram questionados, consistindo em 350 mulheres em um percentual de 57,7% e 257 homens, num total de 42,3%, conforme tabela 02.

Um fator examinado nos Morrinhos I foi o de que houve uma maior quantidade de homens pesquisados em relação ao número de mulheres, ao contrário do que aconteceu nos Morrinhos II e III, pois as mulheres arguidas ocuparam o maior percentual. Entre eles, foram considerados 192 como “informantes-chave”, ou seja, 31,6%, os quais disseram ter participado em 2006 do processo de territorialização da ESF. Todos os pesquisados residem na área adstrita das ESFs Morrinhos I, II e III.

Tabela 02
Distribuição Numérica e Percentual dos Usuários Participantes da Pesquisa, Segundo Sexo UBS Morrinhos- Montes Claros- MG -2012.

ESF	Feminino		Masculino		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Morrinhos I	85	41,9	118	58,1	203	100
Morrinhos II	149	73,8	53	26,2	202	100
Morrinhos III	116	57,4	86	42,6	202	100
TOTAL	350	57,7	257	42,3	607	100

Fonte: PESQUISA DIRETA, 2012**. Org.:** SILVEIRA, 2012.

Ao analisar a distribuição geral nas tabelas 03 e 04, foi verificado que os maiores percentuais em relação à faixa etária dos sujeitos pesquisados em ambos os gêneros prevaleceu às idades entre 20 a 49, sendo 410 entrevistados, o que corresponde a 67,5% de usuários com essa faixa de idade. No entanto, é perceptível que apenas na ESF Morrinhos I, o sexo masculino revela maior predominância em relação ao feminino da mesma ESF, onde foram pesquisados 118 homens e 85 mulheres. Fato que se opõe em relação à ESF Morrinhos II, pois forma somente 53 homens pesquisados, número inferior à quantidade de mulheres pesquisadas da mesma ESF, ou seja, 149 mulheres entrevistadas.

Tabela 03
Distribuição Numérica e Percentual dos Usuários Participantes da Pesquisa, Segundo Sexo Masculino, Idade, UBS Morrinhos- Montes Claros- MG -2012.

Variável Idade	Masculino					
	Morrinhos I		Morrinhos II		Morrinhos III	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20 - 29	19	16,1	12	22,6	16	18,6
30 -39	26	22,0	11	20,8	29	33,7
40 - 49	23	19,5	13	24,5	13	15,1
50 -59	21	17,8	09	17,0	14	16,3
60 - 69	17	14,4	05	9,4	11	12,8
70 - 79	09	7,6	02	3,8	03	3,5
80 -92	03	2,6	01	1,9	-	-
Total	118	100	53	100	86	100

Fonte: PESQUISA DIRETA, 2012**. Org.:** SILVEIRA, 2012.

Tabela 04
Distribuição Numérica e Percentual dos Usuários Participantes da Pesquisa, Segundo Sexo Feminino, Idade, UBS Morrinhos- Montes Claros- MG -2012.

Variável Idade	Feminino					
	Morrinhos I		Morrinhos II		Morrinhos III	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20 - 29	17	20,0	19	12,8	12	10,3
30 -39	21	24,7	38	25,5	43	37,0
40 - 49	26	30,6	45	30,2	27	23,3
50 -59	13	15,3	24	16,1	19	16,4
60 -69	05	5,9	15	10,1	11	9,5
70 -79	03	3,5	06	4,0	03	2,6
80 -92	-	-	02	1,3	01	0,9
Total	85	100	149	100	116	100

Fonte: PESQUISA DIRETA, 2012**. Org.:** SILVEIRA, 2012.

Distinguir o gênero e a idade dos usuários dos serviços de saúde é importante, pois serão adequados de acordo com essa condição, porque os usuários apresentam condições variáveis durante o ciclo evolutivo da vida e essas condições ocorrem distintamente em cada gênero.

Em referência ao grau escolar, segundo Ribeiro *et al*.,(2006), é condição imprescindível para complementar a qualidade de vida do homem, pois a ausência da escolaridade pode conduzir o indivíduo à exclusão social, a não desfrutar democraticamente do direito à cidadania, condicionando-o à marginalidade, a níveis mínimos de carência, fatos geradores de alienação. No caso das ESFs, de acordo com a tabela 05, aparecem as condições de acesso escolar, que influenciam na situação social da família e simultaneamente refletem na renda familiar. Os dados da tabela confirmam que, por estarem as ESFs próximas à região central da cidade, na localidade existem escolas de Ensino Fundamental e Médio. Observa-se então, que um número significante da população está habilitado para esses níveis escolares.

Tabela 05

Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo grau de escolaridade, UBS Morrinhos- Montes Claros MG -2012.

Escolaridade	Morrinhos I		Morrinhos II		Morrinhos III		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analfabeto	11	5,4	09	4,5	16	7,9	36	5,9
Fundamental Incompleto	28	13,8	38	18,8	28	13,9	94	15,6
Fundamental Completo	39	19,2	47	23,3	43	21,3	129	21,2
Médio Incompleto	12	5,9	29	14,4	27	13,4	68	11,2
Médio Completo	65	32,0	52	25,7	59	29,2	176	29,0
Superior Incompleto	27	13,3	13	6,4	18	8,9	58	9,5
Superior Completo	21	10,4	14	6,9	11	5,4	46	7,6
TOTAL	203	33,4	202	33,3	202	33,3	607	100

Fonte: PESQUISA DIRETA, 2012**. Org.:** SILVEIRA, 2012.

Uma informação considerada relevante é a de que dos 607 usuários, somente 36 deles, ou seja, 5,9% declararam ser analfabetos. Devido ao crescimento urbano e às condições necessárias para uma colocação no mercado de trabalho (notificadas no mesmo), entre os entrevistados, 104 deles responderam ter o curso superior completo ou incompleto.

Quanto à renda familiar, Ramos e Lima (2003) afirmam que é condição determinante para a opção do uso dos serviços públicos de saúde, especialmente porque desfrutam gratuitamente não só dos artefatos de saúde, mas também do uso de medicamentos gratuitos. Na UBS Morrinhos, o percentual das famílias pesquisadas que revelaram receber 01 salário mínimo é muito significante (46,6%). Nesse sentido, a tabela 06 evidencia a sequência de 02 salários (29,8 %) e 03 salários (10,7%), porém, existem 7,9 % que tiveram receio em declarar a renda. Não obstante, 3,6 % dos arguidos confirmaram não possuir nenhuma renda.

Tabela 06

Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo renda mensal familiar, UBS Morrinhos- Montes Claros MG -2012.

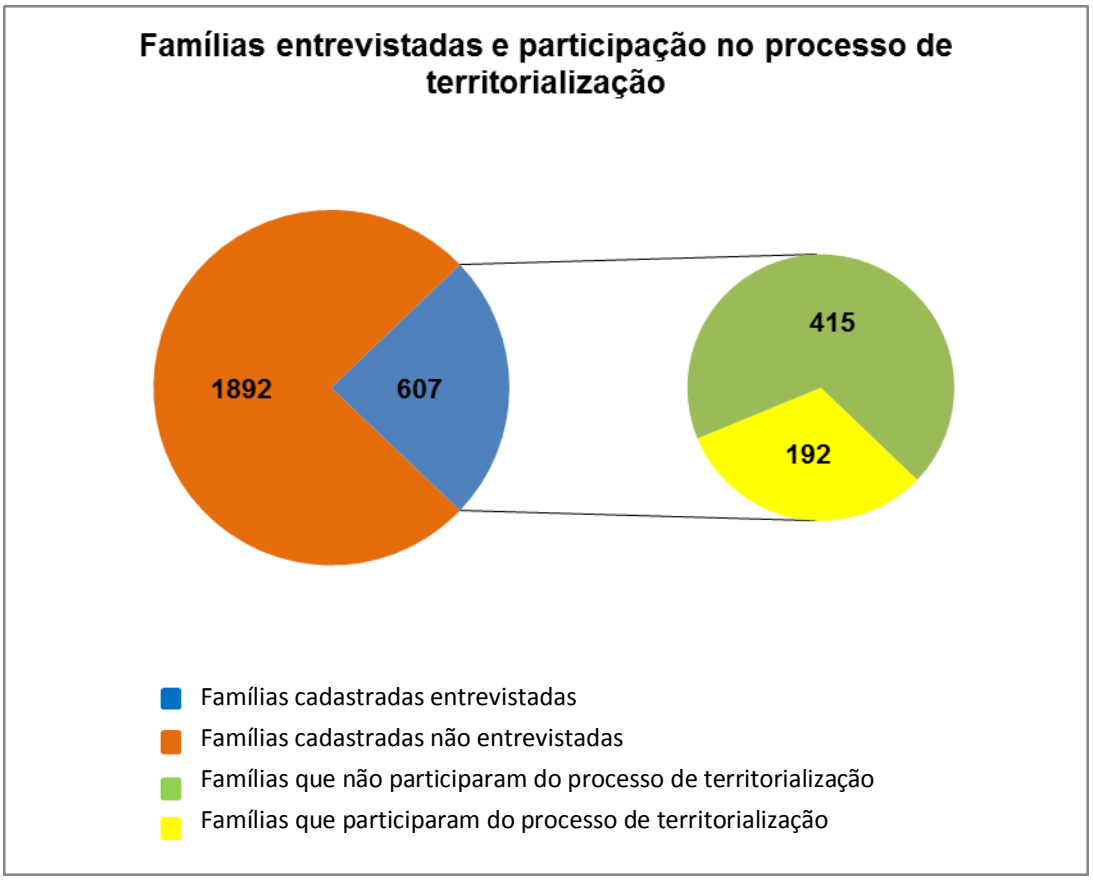
Renda Mensal Familiar	Morrinhos I		Morrinhos II		Morrinhos III		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nenhuma	09	4,4	01	0,5	12	5,9	22	3,6
01 salário	92	45,3	102	50,5	89	44,1	283	46,6
02 salários	57	28,1	68	33,7	56	27,7	181	29,8
03 salários	27	13,3	15	7,4	23	11,4	65	10,7
04 salários	03	1,5	02	1,0	03	1,5	08	1,4
Não declarou	15	7,4	14	6,9	19	9,4	48	7,9
TOTAL	203	33,4	202	33,3	202	33,3	607	100

Fonte: PESQUISA DIRETA, 2012**. Org.:** SILVEIRA, 2012.

6.3.1 Visões dos usuários sobre o Processo de Territorialização

Em prosseguimento, o tema 02, esteve relacionado com a participação dos usuários no processo de territorialização. Mendes (1996) diz que a territorialização é um instrumento básico, pois possibilita conhecer a real situação que vive a população e seus problemas, direcionando o modelo de Atenção a ser implantado a partir das necessidades de saúde local. O gráfico 07 informa sobre a quantidade de famílias cadastradas (2.499), sendo que 607 dessas foram pesquisadas, Neste total, 415 entrevistados não participaram do referido processo, e 192 afirmaram participarem da Territorialização das ESFs.

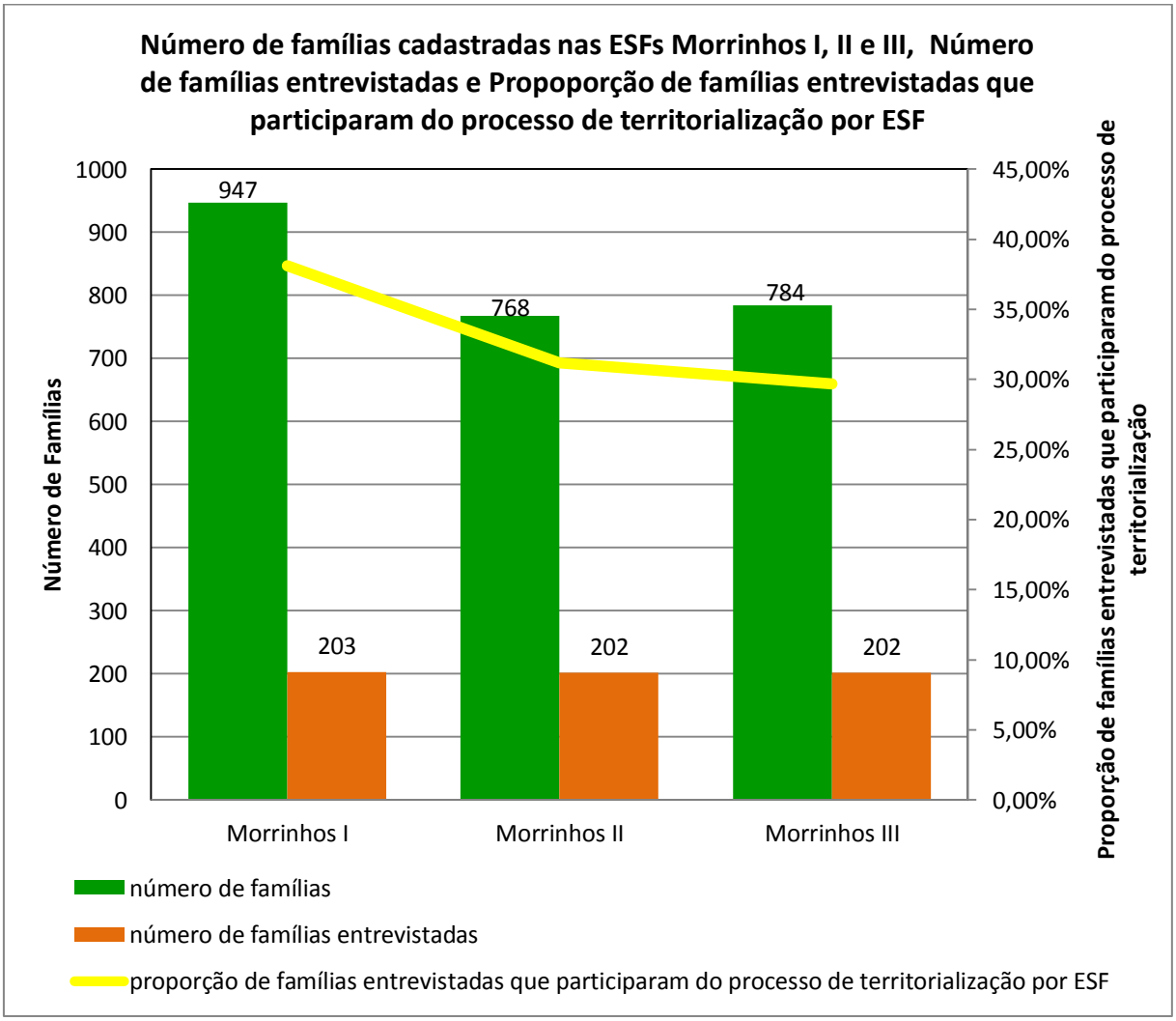
Gráfico 07: Famílias entrevistadas e participação no processo de territorialização



Fonte: PESQUISA DIRETA, 2012. **Org.:** SILVEIRA, 2013.

O gráfico 08 complementa as informações condizentes ao anterior, informando detalhadamente o número de famílias cadastradas em cada ESF, a quantidade de famílias entrevistas, além das proporções correspondentes ao processo de territorialização, concluindo, assim, que a ESF Morrinhos I possui um maior número de famílias cadastradas correspondendo a 37,9% de domicílios. A ESF Morrinhos III ocupa a segunda posição com 31,4% de domicílios cadastrados, seguido pelos Morrinhos II com 30,7% de cadastrados. Entretanto, os percentuais do gráfico de linha totalizam que 21,4% das famílias da ESF I participaram da entrevista, seguida de 26,3% da ESF II e 25,8% da ESF III.

Gráfico 08: Número de famílias nas ESFs Morrinhos I, II e III, Número de famílias entrevistadas e Proporção de famílias entrevistadas que participaram do processo de territorialização por ESF



Fonte: PESQUISA DIRETA, 2012. **Org.:** SILVEIRA, 2012.

Dentro da temática também foi questionado aos entrevistados se a comunidade foi convidada a participar do processo de territorialização. Apesar de 192 pesquisados serem considerados como “informantes-chave”, apenas 29%, ou seja, 55 afirmaram que a comunidade foi convidada a participar. Conforme Tabela 07, é possível observar uma igualdade nas respostas “não” e “não sabe”, o que pode ser justificado pelos seguintes fatores: mudança de endereço (saída de antigos moradores e entrada de novos); falecimentos; moradias vazias; falta de esclarecimento sobre a importância da participação da comunidade em todas as etapas do processo de territorialização; o não comprometimento por parte dos moradores convidados para o processo por priorizarem assuntos particulares. Outro quesito que influenciou bastante foi a ocorrência da (re) territorialização que sucedeu em período posterior à aplicação do questionário. Foi observado também que os entrevistados, os quais disseram participar do processo de territorialização, não detinham conhecimento profundo ou razoável do desenrolar das atividades propostas e também não foram orientados o suficiente sobre a importância da sua cooperação a despeito de promover um processo que resultaria no beneficio de todos.

Tabela 07
A comunidade foi convidada a participar do processo de territorialização?

ESFs	Morrinhos I		Morrinhos II		Morrinhos III		Total	
Alternativas	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	10	5,0	20	9,9	25	12,4	55	9,0
Não	90	44,3	93	46,0	90	44,5	273	45,0
Não sabe	103	50,7	89	44,1	87	43,1	279	46,0
TOTAL	203	33,4	202	33,3	202	33,3	607	100

Fonte: PESQUISA DIRETA, 2012**. Org.:** SILVEIRA, 2012.

Os entrevistados ainda foram questionados se, no âmbito da territorialização, houve a participação de outros órgãos. Por meio da Tabela 08**,** pôde ser verificado que 91,0% da população questionada não souberam responder. É possível atribuir esse percentual à distância temporal do processo de territorialização, assim como ao

pouco envolvimento de muitos deles no âmbito do episódio. Segundo alguns informantes-chave, outro fator que determinou o resultado seria a deficiência na divulgação dos eventos que envolviam a temática. Refletindo a respeito das participações de outros órgãos, é preciso ressaltar que, mesmo sendo elas pouco recorrentes, foram importantes as contribuições para a concretude da implantação da Estratégia no bairro. Ficou evidente a importância dessa cooperação entre os órgãos em todas as etapas da territorialização.

Tabela 08
Quais foram os órgãos que participaram do processo de territorialização, além da Secretaria Municipal de Saúde?

ESFs	Morrinhos I		Morrinhos II		Morrinhos III		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Associação de Bairro	04	2,0	09	4,5	12	5,9	25	4,1
Unimontes	-	-	02	1,0	03	1,5	05	0,8
Pastoral da Criança	-	-	05	2,5	07	3,5	12	2,0
Agente Comunitário de Saúde	06	2,9	04	1,9	03	1,5	13	2,1
Não Sabe	193	95,1	182	90,1	177	87,6	552	91,0
TOTAL	203	33,4	202	33,3	202	33,3	607	100

Fonte: PESQUISA DIRETA, 2012**. Org.:** SILVEIRA, 2012.

A distância entre o período de territorialização e a aplicação dos questionários para os usuários muito contribui para se obter as respostas da tabela 09, pois somente 22,4 % da clientela arguida soube responder se os entrevistadores faziam parte da comunidade dos Morrinhos. Esse evento é esclarecido ao analisar os totais de “não” e “não sabe”, os quais juntos perfazem 77,6 %. Outro fator atribuído ao pouco conhecimento dos usuários participantes refere-se à inclusão dos moradores do bairro Vila Luiza na UBS Morrinhos/ESF III. Estes foram inseridos, segundo informantes-chave, no ano posterior ao início da territorialização.

Foi questionado aos moradores também sobre quem ofereceu suporte aos entrevistadores, foi constante a respostas sobre a parceria da Associação de

Moradores do bairro através do presidente e vice-presidente, para auxiliar os entrevistadores a ter contato com todos os domicílios da área subordinada à UBS, outro órgão atuante no período foi a Pastoral da Criança, que apoiou os entrevistadores durante o tempo da territorialização, especialmente por conhecer os moradores e as residências.

Tabela 09

No período da divisão do território da saúde do bairro Morrinhos, os entrevistadores foram na maioria moradores do bairro?

ESFs	Morrinhos I		Morrinhos II		Morrinhos III		Total	
Alternativas	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	44	21,7	56	27,7	36	17,8	136	22,4
Não	10	4,9	09	4,5	08	4,0	27	4,5
Não sabe	149	73,4	137	67,8	158	78,2	444	73,1
TOTAL	203	33,4	202	33,3	202	33,3	607	100

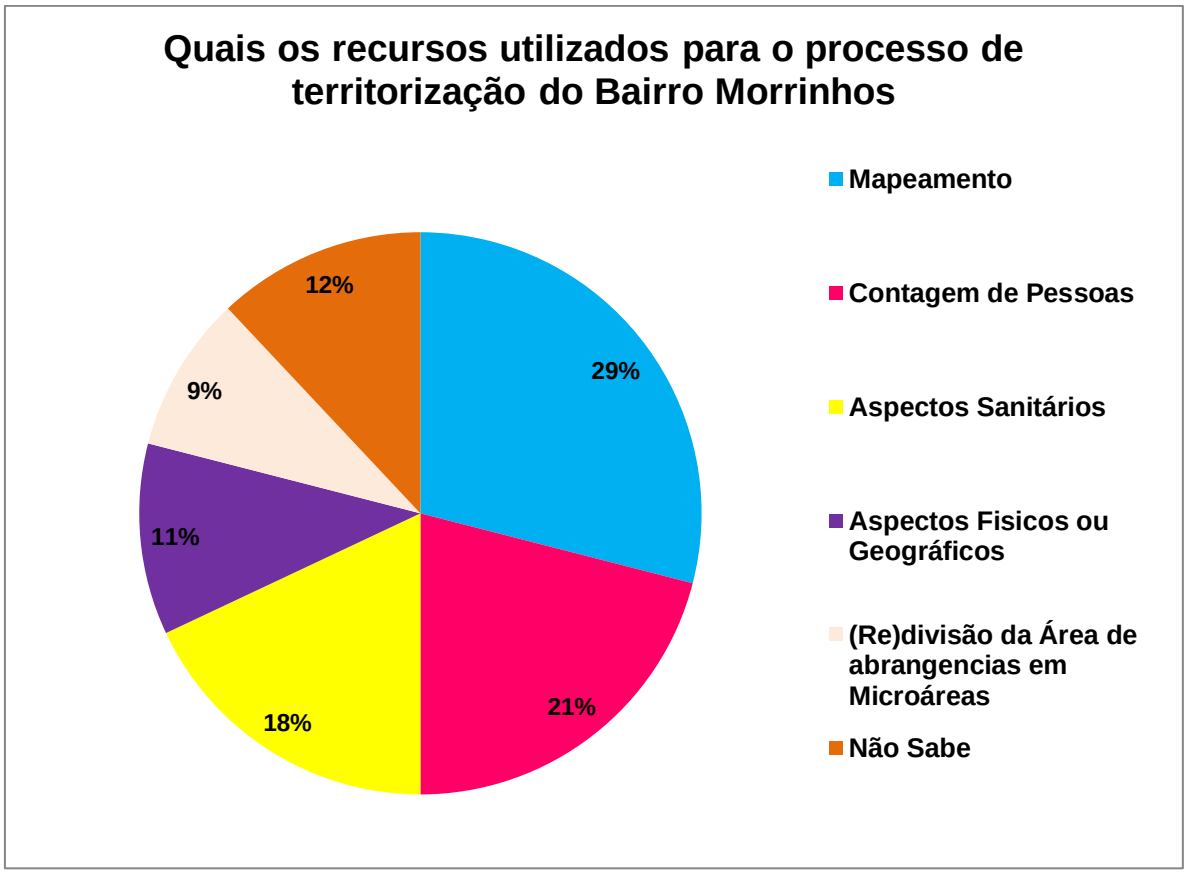
Fonte: PESQUISA DIRETA, 2012**. Org.:** SILVEIRA, 2012.

Pertinente ao tema, os pesquisados foram indagados se, quando entrevistados no ano de 2006, informaram aos entrevistadores da época no tocante às dificuldades sanitárias do bairro (foi explicado aos entrevistados o que significa condições sanitárias para responderem essa questão). Como nessa temática, os informantes-chave foram somente 192, os percentuais das respostas prevaleceram sobre esse total. Deles, 19,3% disseram terem sido informados a respeito das condições sanitárias do bairro, 7,8% afirmaram que não e 72,9% não lembraram. Esse resultado condiz com as justificativas apresentadas anteriormente, isto é, devido à distância temporal entre o processo de territorialização (2006) e a aplicação desta pesquisa (2012). Ao verificar documentos que condizem o âmbito da territorialização, essa pergunta foi elaborada juntamente com outras no grupo de infraestrutura, da seguinte forma: “onde concentram as áreas com maiores

problemas?” o que evidencia mais uma vez um longo intervalo de tempo 2006-2012. (Anexo XIV).

Para saber da real participação da comunidade, principalmente dos denominados informantes-chave, foi necessário saber se a população entrevistada conhecia os recursos utilizados no processo de territorialização do bairro Morrinhos. O gráfico 09 vem confirmar a respeito dos instrumentos utilizados para a territorialização (descritos anteriormente no capítulo 02).

Gráfico 09: Quais os recursos utilizados para o processo de territorialização do bairro Morrinhos?



Fonte: PESQUISA DIRETA, 2012. **Org.:** SILVEIRA, 2012.

Conforme os informantes citaram está evidente que o Mapeamento das ESFs foi mencionado em percentual de 29,0%, em seguida aparece 21,0% com a contagem de pessoas, seguido de 18,0% citando os aspectos sanitários, 11,0% dos aspectos físicos e geográficos (Linha férrea, por exemplo). Posteriormente aparece 9,0%

informando sobre a (re)divisão da área de abrangência em microáreas e, como de costume, 12,0% não lembram. Através desses dados estatísticos, o resultado obtido remete ao processo de territorialização e é possível inferir ainda que a comunidade participou dessa espacialização.

No tocante à afetividade pelo bairro, mesmo diante das dificuldades físicas e sociais nele encontradas, foi solicitado aos 607 representantes familiares que expressassem o seu sentimento de pertencimento ao bairro com uma frase. Além disso, eles teriam que responder “Sim ou Não” e o “porquê”.

Os quadros 30 e 31 estão relacionados com essa questão. O primeiro quadro está vinculado às pessoas que possuem afeição pelo bairro, em um total de 517, entre as justificavas, algumas se destacam, como: Tranquilidade (40,3%); perto de tudo e do centro (19,0%); não tem vontade de sair do bairro (10,4%); adora o bairro e não quer sair (6,3%). Entre as respostas, existem aquelas que suscitam algumas reflexões, tais como: perto do cemitério; é o único lugar que serve para eu morar; se não gostasse não morava aqui; nascida no bairro; tem uma avenida que homenageia seu pai. São justificativas curiosas, mas que identificam o sentido de pertencimento dessa comunidade.

Sobre esse assunto, Santos (2002, p.140) afirma que o território vai além dos sistemas naturais e de coisas superpostas, é território usado, impregnado de identidade, sentimento de pertencer, fundamentado no trabalho, na residência, nas trocas materiais e no exercício cotidiano do viver.

Quadro 30: Opinião dos entrevistados quanto às dificuldades físicas e sociais do bairro e à afetividade

Mesmo sabendo das dificuldades físicas e sociais do bairro, vocês gostam de residir neste local?					
SIM					
Por quê?	**Nº**	**%**	**Por quê?**	**Nº**	**%**
Tranquilidade	211	40,8	Perto do cemitério	01	0,1
Adoro o bairro e não quer sair	33	6,3	Ama o local	06	1,3
Perto de tudo e do centro	98	19,0	Porque aqui é calmo e tranquilo	0,3	0,6
Moro e trabalho aqui no cômodo de casa	01	0,1	Toda a minha família mora no bairro	01	0,1
Vizinhos bons	25	4,8	Gosta, mas não gosta das fofocas.	01	0,1
Porque mora na casa própria	11	2,1	Acostumou	08	1,5
Perto de hospitais	06	1,2	É o único lugar que serve para eu morar	01	0,1
Moro há entre 20 e 40 anos no bairro	21	4,1	Nascido no bairro e criou laços de afetividade com o local.	05	1,0
Não tem vontade de sair do bairro	54	10,4	Nasceu no bairro e adaptou-se aos moradores	01	0,1
Nascida aqui e facilidade de acesso	04	0,8	Se não gostasse não morava aqui	03	0,6
É movimentado	08	1,5	Nascido no bairro e tem uma avenida que homenageia seu pai	01	0,1
Criado no bairro	08	1,5	Não tem nada contra	01	0,1
Adoro o bairro	05	1,0	Não respondeu	03	0,6
Subtotal	482	93,7	Subtotal	35	6,3
Total				**517**	**100**

Fonte: PESQUISA DIRETA, 2012. **Org.:** SILVEIRA, 2012.

Em prosseguimento a essa análise, o quadro 31 apresenta a resposta de NÂO afetividade e suas justificativas. Essa resposta foi dada por 90 usuários, sendo o quesito violência um dos aspectos negativos em relação ao não gostar de residir no bairro. Em seguida, houve fatores como a “bandidagem” e as drogas. Os três primeiros itens do quadro que englobam esses depoimentos correspondem a 91,1% das respostas dos interrogados. Os dados do quadro 31 contrapõem-se com o primeiro item do quadro 30, pois nele 40,8% dos entrevistados disseram que gostam de morar no bairro “por ser tranquilo”, uma ocorrência controversa que merece destaque, pois esses moradores residem em área de risco.

Quadro 31: Opinião dos entrevistados quanto às dificuldades físicas e sociais do bairro e à afetividade

Mesmo sabendo das dificuldades físicas e sociais do bairro, vocês gostam de residir neste local?		
NÃO		
Por quê?	**Nº**	**%**
Tomou raiva por causa da violência	36	40,0
Já foi bom, violência, bandidagem e drogas.	27	30,0
Devido à violência dos últimos tempos	19	21,1
Complicado e difícil	05	5,6
Pessoas egoístas	03	3,3
Total	**90**	**100**

Fonte: PESQUISA DIRETA, 2012. **Org**.: SILVEIRA, 2012.

Diante do exposto, é possível concluir que o processo de territorialização teve a participação comunitária, porém, no âmbito das pesquisas, podem ser verificados tipos distintos sobre a participação, fato que compromete os resultados. Vale evidenciar que uma significativa parte dos entrevistados tiveram dificuldades para responder às questões e que outros respondiam apressadamente.

Nesta temática, as indagações foram baseadas no que diz respeito à Unidade Básica, seus profissionais e à acessibilidade, destacando assim, a importância da Geografia em relação aos espaços locais vinculados às questões de saúde (acesso e obstáculos, por exemplo). Esses conteúdos foram incluídos na pesquisa com o propósito de compreender a validade do processo de territorialização a partir do grau de importância que é dado pelos usuários na utilização dos serviços disponibilizados pela UBS, pois essa abriga as ESFs I, II, III. Outra questão foi a de desvendar os motivos mais recorrentes da procura da população pela UBS, isto é, para quais finalidades se dirigem a ela e se são concernentes às demandas de saúde, especialmente aquelas ligadas à marcação de consultas.

Diante do exposto, compreende-se que os entrevistados e demais usuários da UBS Morrinhos possuem uma especial afetividade ao lugar em que residem, pois foi objeto de uma construção social, fundamentada nas relações desenvolvidas no espaço, em uma caminhada onde estavam conectados os aspectos físicos, socioeconômicos e políticos, apesar das diversas ambiguidades. O lugar apresenta-se simultaneamente como expressão de resistência, de singularidades, espaço palco de episódios e depositário de eventos que aconteceram ao longo do tempo, que guardam a memória do passado e as incorporam ao presente trazendo à tona as questões que envolvem a identidade local, consequentemente o sentimento de afinidade pelo lugar.

Em prosseguimento, outro quesito fundamental, no desenvolvimento desse conteúdo, foi a de saber sobre a relação dos usuários com os profissionais de Saúde da UBS, além de solicitá-los a avaliar se a equipe multiprofissional tem sido suficiente para atender as demandas da população, e igualmente sobre o funcionamento interno da Unidade Básica de Saúde, no tocante à organização dos serviços e acolhimento, forma e horários de atendimento. Em relação aos aspectos geográficos da área adstrita da UBS, buscou-se conhecer a opinião da clientela quanto à localização dela e a existência de obstáculos entre a moradia até a Unidade de Saúde.

Quanto à importância da UBS, os entrevistados relataram múltiplos fins inerentes à saúde, porém, nesse questionamento, foram selecionados aqueles que obtiveram

maior frequência. Frente ao material empírico das entrevistas, foram constatados relatos importantes e essenciais para a continuidade da prestação dos serviços:

> *"Esta em 1º lugar nunca tive dificuldade". (SIC – Usuário 406 - ESF III)*
>
> *"Atende a população sem que ela precise deslocar para longe." (SIC – Usuário 210 - ESF II)*
>
> *"Ajuda e atende a comunidade". (SIC – Usuário 435- ESF III)*
>
> *"Saúde em primeiro lugar" . (SIC – Usuário 409 -ESF III)*
>
> *"Proximidade". (SIC – Usuário 601- ESF III)*
>
> *"Tem que atender as necessidades dos menos favorecidos e desafogar os hospitais". (SIC – Usuário 532 - ESF III)*
>
> *"Quando funcionava era ótima, No ano de 2009 os serviços perderam a qualidade". (SIC – Usuário 312- ESF II)*
>
> *"É perto da sua casa e, é sempre atendida quando precisa". (SIC – Usuário 395- ESF II)*
>
> *"Melhoria para o bairro". (SIC – Usuário 82 - ESF I)*
>
> *"É preciso mudar alguns aspectos, mas é valioso para o bairro". (SIC – Usuário 67- ESF I)*
>
> *"Não tem importância, considero um posto de triagem". (SIC – Usuário 181- ESF I)*
>
> *"Para ela nenhuma, vai sempre ao posto do Cintra". (SIC – Usuário 49- ESF I)*

Perante as argumentações dos usuários, Morrinhos I, II e III, podem ser conferidos aspectos positivos a respeito da importância da Unidade Básica, destacando que a acessibilidade e proximidade são fatores relevantes e que a implantação da UBS propiciou melhorias para o bairro, pois, muitas vezes, a população tinha que recorrer a Hospitais e Postos de Saúde. Entretanto, ficou claro que ainda existem moradores que fazem uso, quando precisam, dos Postos de Saúde próximos às ESFs, que são o Posto de Saúde do bairro Cintra e do bairro São Judas, como observado em uma resposta, alguns entendem que a ESF é apenas posto de triagem, não valorizando a inserção das Estratégias no bairro.

Em continuidade ao assunto abordado, foi observado que os serviços disponibilizados pela UBS através das ESFs, são usados com frequência, na tabela 10, as consultas em geral são as mais procuradas, o que demostra que a Unidade cumpre o seu papel social e institucional, além do principal, isto é, levar qualidade de vida aos moradores.

Tabela 10
Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo serviços públicos de saúde utilizados, UBS Morrinhos- Montes Claros MG -2012.

Serviços Públicos Utilizados	Morrinhos I		Morrinhos II		Morrinhos III	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Consultas em Geral	117	57,6	123	60,9	128	63,3
Prevenção	09	4,4	17	8,4	18	8,9
Controle de Diabetes	10	4,9	19	9,4	16	7,9
Dentista	16	7,8	04	2,0	03	1,4
Aferir Pressão	12	5,9	06	3,0	07	3,5
Laqueadura	01	0,4	-	-	-	-
Vacinas	05	2,5	-	-	-	-
Acompanhamento Médico	-	-	06	2,9	-	-
Ginecologista	11	5,4	-	-	04	2,0
Exames	-	-	12	5,9	06	3,0
Check-up	-	-	-	-	02	1,0
Ortopedista	-	-	-	-	01	0,5
Pré-natal	-	-	-	-	03	1,5
Tratamento de Gota	01	0,4	-	-	01	0,5
Pequenas Cirurgias	03	1,4	-	-	02	1,0
Não foi atendido	02	0,9	03	1,5	02	1,0
Nunca Utilizou	17	8,4	02	6,0	09	4,5
TOTAL	203	100	202	100	202	100

Fonte: PESQUISA DIRETA, 2012**. Org.:** SILVEIRA, 2012.

É importante ressaltar o depoimento de Ribeiro *et al*. (2003) em pesquisa realizada sobre a utilização dos serviços de saúde disponibilizados aos usuários SUS. De acordo com esse depoimento, a maior procura por consultas médicas refere-se às doenças recorrentes em comunidades de nível socioeconômico mais baixo ou às atividades de prevenção. Nesse aspecto, é preciso evidenciar que os usuários buscam o atendimento curativo em prejuízo aos preventivos.

Apesar dos depoimentos registrados através da pesquisa, os dados apresentados vêm endossar sobre a real importância da Unidade de Saúde neste território. Nesse sentido, Franco e Merhy (1999) afirmaram que a população, ao recorrer aos serviços públicos de saúde, sofre angústias por conta dessa necessidade e que parte significativa dos atendimentos prestados não corresponde satisfatoriamente aos seus problemas de saúde. Portanto, nessa visão, as ESFs deixam de cumprir seus propósitos, pois o não atendimento de qualidade resulta em complexidades no Sistema e comprometem os objetivos da Estratégia dentro dos desígnios do SUS.

Apesar da negação por parte dos usuários, é perceptível a grande diversidade de serviços prestados na atenção primária pela equipe multiprofissional da UBS. Contudo, é possível enfatizar a existência de falhas no percurso dos atendimentos, o que pode ser atribuído às demandas estruturais e funcionais, além de questões relativas à gestão municipal. Igualmente é possível afirmar que a problemática exposta tem relação com a quantidade insuficiente de profissionais para a demanda populacional das áreas adstritas das ESFs. Sobre o assunto, Fekete (1997) expõe acerca das necessidades de se organizar os serviços de saúde considerando a realidade da saúde local, a qual está diretamente interligada a condições de vida da população.

Outro aspecto encontrado foi em relação à marcação de consultas, na opinião dos usuários, a classificação foi mediana, embora algumas respostas, como: sempre é atendida, normal, rápida e melhorou bastante sejam avaliados como positivos outros foram negativos, como, por exemplo: demorado, um pouco lenta, não consegue marcar, péssima, é demorada dependendo do caso, burocrática. Assim sendo,

considera-se que houve um percentual de classificação mediano, apesar de pontuação bastante positiva nos itens “sempre é atendida” e “normal”.

Diante das narrativas dos usuários quanto a não utilização dos serviços oferecidos, Pinheiro *et al.* (2002) fazem reflexão importante. Segundo eles, a negação sobre o uso dos serviços públicos de saúde são inerentes à insuficiência da oferta deles, na demora dos atendimentos e disponibilidades de horários adequados a quem faz uso das ofertas públicas de saúde. (conforme tabela 11).

Tabela 11

Distribuição numérica e percentual dos usuários participantes da pesquisa, segundo marcação de consultas, UBS Morrinhos- Montes Claros MG -2012

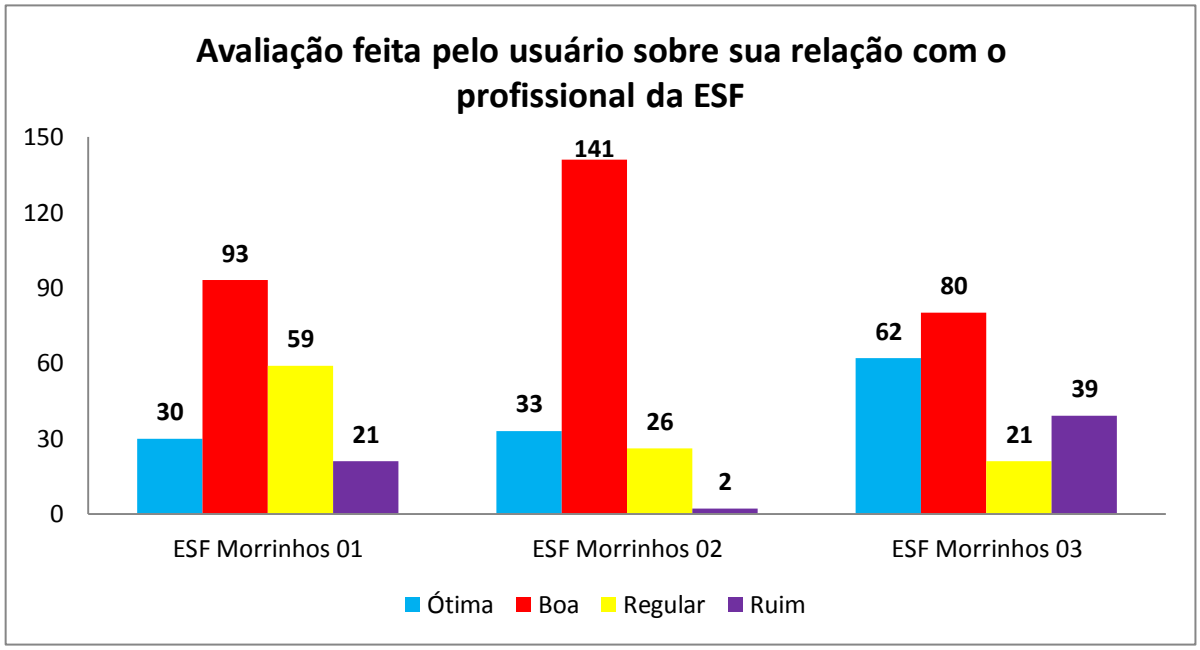
Opiniões	Morrinhos I		Morrinhos II		Morrinhos III	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sempre é atendido	41	20,2	39	19,3	35	17,3
Normal	24	11,9	17	8,4	24	11,9
Demorado	23	11,3	41	20,3	23	11,4
Um pouco lenta	19	9,3	11	5,4	13	6,4
Razoável	16	7,9	10	5,0	06	3,0
Não consegue marcar	15	7,4	08	4,0	08	4,0
Péssima	14	6,9	07	3,5	15	7,4
É demorada, dependendo do caso.	13	6,4	06	3,0	02	1,0
Regular	10	4,9	27	13,4	18	8,9
Rápida	05	2,5	13	6,4	22	10,9
Burocrático	03	1,5	03	1,5	06	3,0
Melhorou bastante	11	5,4	05	2,4	13	6,4
Nunca Utilizou	09	4,4	15	7,4	17	8,4
TOTAL	203	100	202	100	202	100

Fonte: PESQUISA DIRETA, 2012**. Org.:** SILVEIRA, 2012.

O uso dos serviços de saúde, de acordo com Travassos e Martins (2004), necessita estar de acordo com as características da organização da oferta, perfil epidemiológico, aspectos relacionados à prestação de serviços, além das características sociodemográficas da população envolvida. As ESFs são orientadas pelo SUS para criar um espaço que possibilite atender às necessidades de saúde locais e que permitam ações intersetoriais quando os usuários delas necessitarem. (BRASIL, 2004).

No conteúdo do gráfico 10, é possível conhecer a relação dos usuários das ESFs com os profissionais da saúde. É permitido identificar que a avaliação foi positiva, pois essa relação foi classificada como boa por 314 entrevistados, seguida de 125 que afirmam ser ótima. Para 106 é regular, e 62 afirmaram ser ruim. Considerando o que foi percebido durante as visitas a campo, é possível inferir que a melhor avaliação corresponde realmente ao ideário de quem desfruta dos serviços constantemente na UBS. Nesse tema, 202 dos pesquisados nos Morrinhos II, isto é, 69,9% asseguraram uma avaliação positiva.

Gráfico 10: Avaliação da relação dos usuários com os profissionais das ESFs



Fonte: Pesquisa Direta, 2012**. Org.:** SILVEIRA, 2012.

Ao contexto do gráfico 10, acrescenta-se as considerações de Santos *et al.* (2002). Quando aborda sobre o assunto, afirmam o acesso da comunidade aos serviços de

saúde é expandido a partir da qualidade do acolhimento pela equipe profissional, pois esta é o elo entre a população e os serviços prestados pela UBS. São esses técnicos que, direta ou indiretamente, possuem responsabilidades com a vida das pessoas. Brasil (2006) reflete que o encontro cria espaços de interação entre os sujeitos e os profissionais, quando existe uma boa receptividade. Dessa maneira, se houver um elo proporcionado pelas boas relações interpessoais, os vínculos criados oferecerão oportunidades de solidificar a ampliação da qualidade na Atenção Primária.

A respeito da avaliação dos usuários em relação aos profissionais envolvidos, Fekete (1997) afirma ser ela o instrumento fundamental para a gerência quando empregada continuamente pelos serviços, porque gera mudanças com agilidade e facilidade, revelando o que está adequado e compatível com a realidade sanitária local, mas, quando houver negação, poderá trazer impacto no nível de saúde da população assistida.

Muitas vezes, a insatisfação da população atendida quanto aos serviços prestados pode estar relacionada com a insuficiência de funcionários. A Tabela12 aponta que 58,2% dos arguidos afirmaram ser insuficiente a quantidade de técnicos em saúde para os cuidados da Atenção Básica na UBS. Vale lembrar que esse resultado engloba todas as ESFs. Segundo a Política Nacional de Humanização, o exercício da saúde deve estabelecer redes, vínculos e corresponsabilidade entre usuário/profissional, de modo a estabelecer saberes, ações e práticas na garantia da atenção integral, resolutiva e humanizada. (BRASIL, 2006).

Assim sendo, Costa Neto (2000) descreve no Caderno nº 01 de Atenção Básica sobre a equipe multiprofissional, apontando a quantidade mínima de profissionais, isto é, um médico, uma enfermeira, um técnico ou auxiliar de enfermagem e até 12 Agentes Comunitários em serviço na Estratégia. Porém, a demanda funcional nas ESFs em estudo registra a falta de 01 ACS para o Morrinhos I e III, o que sobrecarrega os demais funcionários e, consequentemente, afeta a qualidade dos serviços.

Tabela 12

Avaliação dos usuários sobre o número adequado de funcionários para o atendimento na Atenção Básica, UBS Morrinhos- Montes Claros MG -2012.

ESFs	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Morrinhos I	70	34,5	133	65.5	203	33,4
Morrinhos II	81	40,1	121	59,9	202	33,3
Morrinhos III	103	51,0	99	49,0	202	33,3
TOTAL	254	41,8	353	58,2	607	100

Fonte: PESQUISA DIRETA, 2012**. Org.:** SILVEIRA, 2012.

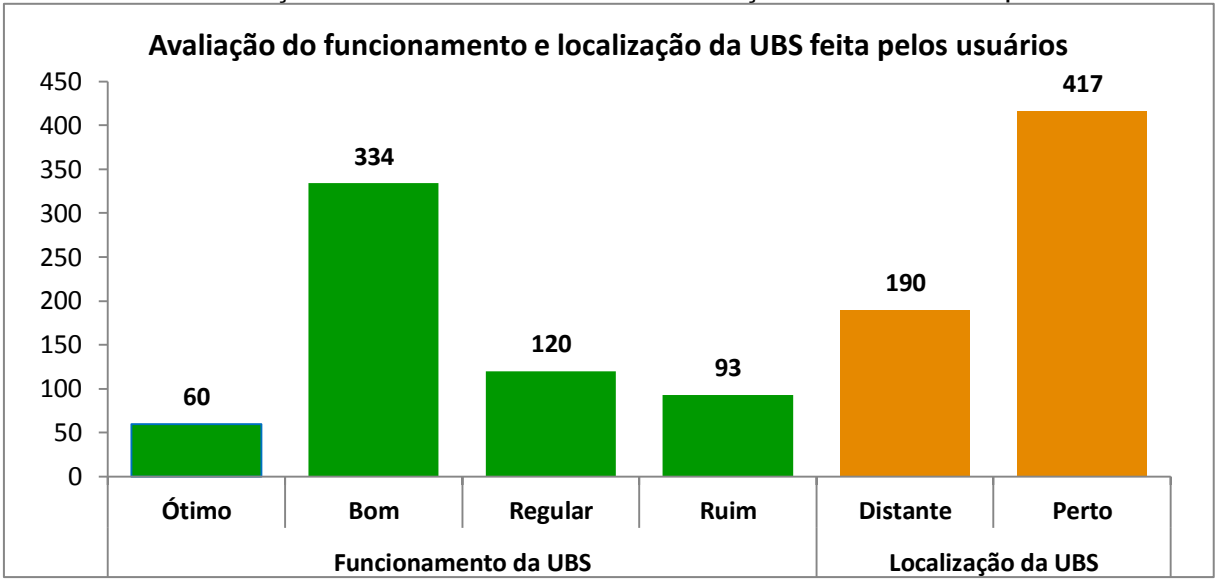
Para tratar da territorialização do espaço da saúde, é preciso levar em consideração a opinião dos usuários em referência ao funcionamento e localização da UBS, local onde esses usuários usufruirão dos recursos múltiplos da saúde. Para se pensar em funcionamento da UBS, é necessário ter primazia quanto à organização dos serviços, formas de atendimento, horários e acolhimento, pois estes são instrumentos indispensáveis para a qualidade dos serviços oferecidos na US.

Nesse contexto, por meio do gráfico 11, os usuários puderam expor a qualidade do funcionamento avaliado. Quanto à avaliação, 334 sujeitos consideraram que o funcionamento da UBS é de boa qualidade, enquanto 120 responderam que a qualidade é regular. Para 93 é ruim e, de acordo com 60 usuários, o funcionamento é ótimo. As respostas devem ser consideradas, pois, dos 607 pesquisados, 213 responderam estar insatisfeitos com o funcionamento, um caso a ser revisto internamente pelos coordenadores da UB e gestão de saúde municipal.

Em contrapartida, a boa avaliação foi respondida por 394 usuários, isto é, 65% do total. Para Brasil (2006), considerando uma visão de humanização, o funcionamento é entendido como sendo elemento da ambiência. Nele o espaço físico engloba os ambientes sociais, profissionais e de relações interpessoais, que, quando estão sintonizados, proporcionam uma atenção acolhedora, resolutiva e humana. Já

Santos (2008), ao refletir sobre aos serviços de saúde disponibilizados e executados por uma ESF, afirma que a avaliação desses serviços é relevante, pois se trata de uma Estratégia em fase de desenvolvimento cujo foco é a universalização dos serviços. Essa avaliação funcionará, portanto, como referencial para futuras ações e melhorias no atendimento.

Gráfico 11: Avaliação do funcionamento e localização da UBS feita pelos usuários



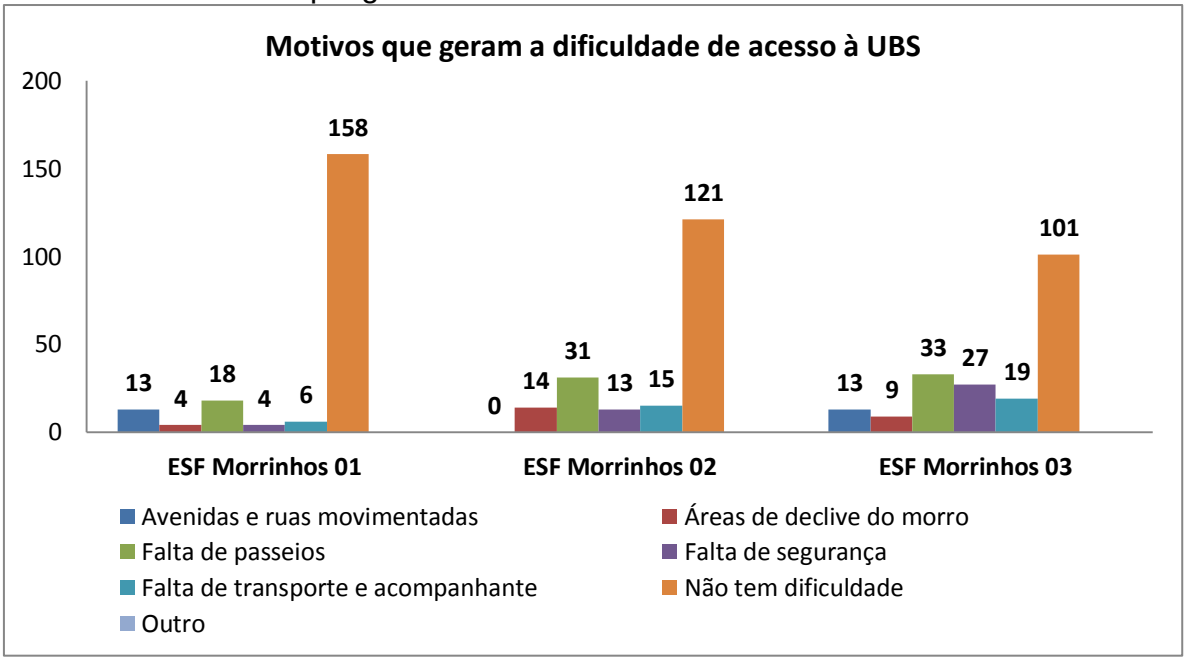
Fonte: PESQUISA DIRETA, 2012**. Org.:** SILVEIRA, 2012.

No mesmo gráfico, é apresentada a avaliação quanto à distância da UBS em relação às residências dos usuários. Entre os entrevistados, 417 consideraram boa a localização da UBS, pois o tempo gasto no percurso é mínimo e não precisam usar nenhum meio de transporte. Um aspecto destacado foi o fato de que os ACSs visitam, juntamente com o técnico de enfermagem ou enfermeiro, aqueles que estão impedidos de se deslocarem até o local de instalação da UBS. Outro dado mostra que os 190 usuários pesquisados que acharam a UBS distante de sua moradia estão distribuídos na ESF III, seguida pelos moradores usuários da ESF II (parte íngreme do Morro).

Nesse sentido, Fekete (1997) faz considerações sobre a acessibilidade geográfica. Segundo o autor, esta engloba fatores como a distância e o tempo que interferem na assistência à saúde. Desse modo, Fekete (1997) entende que estão incluídas, na acessibilidade geográfica, as condições de transporte e as características físicas do

espaço, que podem impedir o acesso livre à Unidade de Saúde. Destarte, foram questionados aos moradores quais os motivos que geravam dificuldades de acesso à UBS, entre esses aspectos, foram destacadas as avenidas, as áreas de declive do Morro, falta de passeios, comprometimento na segurança. Entretanto, o gráfico 12 a seguir, revela que 380 usuários das três ESFs disseram não ter dificuldades de acesso.

Gráfico 12: Motivos que geram a dificuldade de acesso à UBS



Fonte: PESQUISA DIRETA, 2012**. Org.:** SILVEIRA, 2012.

Como observado no gráfico 12, a ausência de passeios seguros estão assinalados nas três Estratégias, seguidas pela segurança. Na ESF I, foram somente 04 usuários que assinalaram esse atributo, porque essa é a parte da área adstrita com melhor estrutura, proximidade do posto policial, iluminação contínua, movimentação de pessoas, entre outras características. Para aqueles usuários que dependem de acompanhamento, 27 informaram ter dificuldade de acesso à UBS, por residirem nas áreas de declive do morro, sendo os meios de transportes nessa região limitados.

Houve ainda 26 usuários que se queixaram das avenidas e ruas movimentadas, especialmente os idosos. Na área adstrita, existem deficiências de semáforos, e os sinalizadores de trânsito existentes não são de boa qualidade. A temática

apresentada está consorciada com as queixas de ausência de passeios, desse modo, o gráfico 12 possui plena sintonia com o gráfico 11. Por se tratar de uma área íngreme do morro é possível associar esse fato novamente às considerações de Fekete (1997). Quando o autor se refere às características físicas da área, ressalta que essas características não devem se configurar como impedimento ao acesso da população até a UBS, para que os usuários possam gozar do pleno direito ao livre acesso à saúde pública. Portanto, nesse aspecto, pode-se afirmar que a UBS Morrinhos está edificada em um local que possibilita o ir e vir dos usuários, visto que o número de queixas quanto à locomoção até a USB tenha sido reduzido em relação ao total de entrevistados.

No tocante aos aspectos sociopolíticos da UBS, Santos *et al*. (2002) recomendam que o acolhimento do usuário da Estratégia seja o ponto de partida para o desenvolvimento da sensibilidade, o qual resultará nas ações cotidianas comprometidas no fazer profissional, porque tratará a clientela dentro de padrões de inclusão social necessários para a promoção da Atenção Primária. Portanto, é preciso garantir que os serviços prestados por uma Unidade Básica busquem atender à satisfação da clientela, de acordo com a expectativa da população atendida. Para que isso aconteça, será preciso estruturar um quadro de serviços e funcionários que proporcione a interação entre os usuários, serviços e profissionais e um monitoramento contínuo dos resultados que possibilitem aprimorar essas relações. Perante a análise, foi questionado aos entrevistados se os serviços da UBS atendiam às suas necessidades em saúde. O resultado foi que 55,2% disseram que SIM e 44,8% NÃO. Diante das respostas positivas, foram selecionadas algumas justificativas.

> *"É atendida mais é demorado". (SIC – Usuário 251- ESF II)*
>
> *"Ela que cuida bem da sua saúde". (SIC – Usuário 299- ESF II)*
>
> *"Nunca fiquei sem atendimento". (SIC – Usuário 196- ESF I)*
>
> *"Muito bem atendido, eles são constantes". (SIC – Usuário 033- ESF I)*
>
> *"Todos os exames são feitos". (SIC – Usuário 411- ESF III)*
>
> *"Fui atendido no que precisei". (SIC – Usuário 537- ESF III)*
>
> *"Sempre atendida mesmo com as demoras". (SIC – Usuário 602- ESF III)*

Quanto à insatisfação, as justificativas foram as seguintes:

> *"Mais médicos e profissionais da saúde". (SIC – Usuário 109- ESF I)*
>
> *"Não tem todas as especialidades". (SIC – Usuário 177- ESF I)*
>
> *"Em termos de exame é fraco". (SIC – Usuário 333- ESF II)*
>
> *"Não tem médicos, exames são difíceis". (SIC – Usuário 391- ESF II)*
>
> *"Faltam Funcionários". (SIC – Usuário 400- ESF II)*
>
> *"Já foi melhor". (SIC – Usuário 521- ESF III)*
>
> *"Não atende as urgências". (SIC – Usuário 607- ESF III)*

Fica evidente a importância do acolhimento e do acesso aos serviços da UBS. De acordo com Santos *et al.* (2002 p. 39), o acesso da população aos serviços é a porta de entrada para a promoção da Atenção Primária em Saúde, também da humanização e melhoria da qualidade dos atendimentos, por conseguinte, esses fatores devem ser o foco dos profissionais que prestam os serviços. Através do questionário aplicado, foi possível perceber que existem algumas falhas no conhecimento de particularidades do modelo assistencial vigente, no que se refere aos atendimentos recebidos pelos usuários da UBS.

Em consequência, se entende que os profissionais de saúde são intermediadores entre a comunidade e a UBS, e esse vínculo é fortalecido a cada encontro, por isso, em uma boa maioria residem próximo à comunidade, são conhecidos como cidadãos da área adstrita e o relacionamento de confiabilidade será, com certeza, assegurado, tendo em vista ser esses profissionais conhecedores do espaço local, bem como das entradas e saídas dos moradores, suas realidades socioeconômicas, as áreas de risco e mazelas ali existentes. Essa circunstância contribuirá para um diagnóstico criterioso e adequado, cumprindo, assim, as determinações do SUS para as Estratégias, já citadas anteriormente. Mesmo sabendo das orientações do Sistema, considerou-se necessário saber a opinião dos usuários entrevistados quanto ao local de residência dos profissionais da UBS, isto é, se esses profissionais deveriam ou não residir prioritariamente na comunidade.

Nesse questionamento, 58,2% disseram que NÃO há necessidade de residir na comunidade, porém 41,8% afirmam que SIM. Logo, as justificativas são importantes para a confirmação dos dados. Quanto às respostas negativas, algumas estão descritas a seguir:

> *"Não tem distância para quem tem responsabilidade". (SIC – Usuário 42- ESF I)*
>
> *"Pode morar onde for se for bom profissional". (SIC – Usuário 89- ESF I)*
>
> *"Existem profissionais bons em outros bairros". (SIC – Usuário 235- ESF II)*
>
> *"É direito de todos trabalharem". (SIC – Usuário 306- ESF II)*
>
> *"Não tem diferença, tem haver com a capacidade profissional". (SIC – Usuário 503- ESFIII)*
>
> *"Não interfere no andamento do serviço". (SIC – Usuário 538- ESFIII)*

Quanto aos que estavam a favor dos profissionais residirem no bairro, seguem algumas respostas que esclarecem a visão deles, inclusive a consideração profissionais que residem afastados do perímetro que compete à UBS, relatando que a distância da residência ao local de trabalho pode comprometer o resultado dos serviços, especialmente pela ausência de sentimento de pertencimento e afetividade. (TUAN, 1983).

> *"Conhece as pessoas do bairro". (SIC – Usuário 12- ESF I)*
>
> *"A boa relação com os moradores e usuários". (SIC – Usuário 18- ESF I)*
>
> *"Quem mora no bairro conhece as necessidades da comunidade". (SIC – Usuário 44- ESF I)*
>
> *"Mais fácil para a comunidade". (SIC – Usuário 251- ESF II)*
>
> *"Tem contato e sabe os anseios da comunidade". (SIC – Usuário 242- ESFII)*
>
> *"Conhece o morador". (SIC – Usuário 410- ESF III)*
>
> *"São assíduos". (SIC – Usuário 501- ESF III)*
>
> *"Mais próximo dos usuários e do serviço". (SIC – Usuário 606- ESF III).*

Desse modo, é preciso relembrar que o sistema determina que os profissionais, servidores da Atenção Primária, devem residir obrigatoriamente na cidade em que prestam os serviços. O ideal seria que todos pudessem residir bem próximos ao local de trabalho, todavia, se for analisada essa proximidade, poderá também comprometer os horários de trabalho, ou seja, o ir e vir à residência no horário da prestação de serviços. Porém, esse fato jamais deverá comprometer a qualidade dos serviços prestados, pois o bom trabalho está relacionado à competência do profissional e não com a distância entre sua casa e o local de trabalho. Vale ressaltar que gestão da UBS é a responsável no cumprimento dos horários e qualidade da assistência prestada.

Em prosseguimento aos questionamentos, solicitou-se que os usuários opinassem sobre a fiscalização e controle das políticas públicas de saúde, justificando o patamar de importância a respeito desses aspectos que contribuem muito para o aprimoramento organizacional da UBS. Brasil (2004) nas orientações sobre a gestão do SUS para os municípios afirma que, na Constituição e pela Lei Complementar nº 8.142/1990, a participação popular acrescenta a esse Sistema a realidade vivenciada, transparente e comprometida com a coletividade, o que resultará na melhor efetividade dos trabalhos, porque estará interligado ao grau de consciência política e da própria organização da sociedade civil.

Nesse contexto, Santos (2008) registrou que os sujeitos ou atores sociais são os indivíduos que contribuem na organização da gestão, participando eticamente para a melhoria da eficiência do planejamento e monitoramento das ações em saúde pública. Assim sendo, os atores sociais participantes da pesquisa, declararam, sobre a importância da fiscalização e controle da saúde, informando que:

> *"Imprescindível, pois dará uma visão para o bom funcionamento da UBS". (SIC – Usuário 03-ESF I)*
>
> *"Fiscalizar para ser mais constante". (SIC – Usuário 17- ESF I)*
>
> *"Fiscalizar os serviços e vigiar ações dos servidores". (SIC – Usuário 81- ESF I)*
>
> *"Os usuários devem fiscalizar porque são os beneficiados pelo serviço". (SIC – Usuário 121- ESF I)*
>
> *"Devemos cobrar, pois cobrando os resultados já não aparecem". (SIC – Usuário 174- ESF I)*
>
> *"Devemos lutar pelos nossos direitos, pois pagamos os impostos". (SIC – Usuário 200- ESF I)*
>
> *"A população deve investigar o que está errado e denunciar". (SIC – Usuário 203- ESF I)*
>
> *"Tem que fiscalizar e cobrar das autoridades". (SIC – Usuário 217- ESF II)*
>
> *"Cobrar e pesquisar para todo mundo falar o que pensa". (SIC – Usuário 272- ESF II)*
>
> *"Cobramos pouco, deveríamos cobrar mais e sermos mais unidos". (SIC – Usuário 313- ESF II)*
>
> *"Deve cobrar pelos direitos, pois sempre tem algo que deixa a desejar". (SIC – Usuário 415- ESF III)*
>
> *"A cobrança deve existir, pois com ela já é difícil". (SIC – Usuário 521- ESF III)*
>
> *"Cobrança por melhores serviços, já que o direito é nosso". (SIC – Usuário 577- ESF III)*

Esse movimento de participação e fiscalização torna a comunidade atuante e representativa nos atributos da saúde local, responsabilizando a cada envolvido no processo pela qualidade dos serviços. Diante de tantas explanações sobre a fiscalização dos serviços públicos em saúde, tornou-se preponderante fazer uma análise sobre o ponto de vista da população no que se refere a uma melhor participação do poder público para ampliar o acesso à Atenção Primária das ESFs estudadas.

O Ministério da Saúde (2004), ao tratar do assunto, entende que o desafio dos governantes, sobretudo nos municípios, é o de avançar nos aplicativos

constitucionais e legais do SUS para assegurar o direito à saúde de todos, nas diversas esferas governamentais. Segundo o MS, é preciso inovar e criar condições coletivas na solução dos antigos problemas do sistema de saúde brasileiro, ao construir espaços de gestão que promovam a discussão e crítica do sistema além de estimular a existência de um ambiente democrático e plural, para que as doutrinas e princípios do sistema sejam coletivizados na promoção da vida.

Nessa conjuntura de parceria entre gestão política municipal e UBS, várias são as cobranças da população pesquisada para o aperfeiçoamento da estrutura das ESFs. Diante de tantas considerações, foram enumeradas aquelas mais recorrentes nas três Estratégias, com o intuito de mostrar as reivindicações dos moradores, nas seguintes afirmativas:

> *"Mais investimentos em profissionais da saúde". (SIC – Usuário 02-ESF I)*
>
> *"Pesquisar sobre os anseios da população que é carente desses serviços para ampliar projetos". (SIC – Usuário 21-ESF I)*
>
> *"Transformar a estrutura do prédio para um posto de saúde". (SIC – Usuário 103-ESF I)*
>
> *"Instalação de uma ouvidoria na UBS e melhorias". (SIC – Usuário 171-ESF I)*
>
> *"Mais médicos especialistas, as consultas demoram muito, até meses". (SIC – Usuário 215-ESF II)*
>
> *"Melhorar as estruturas na pediatria e odontologia". (SIC – Usuário 258-ESF II)*
>
> *"Capacitar profissionais para que tenha mais respeito com os usuários". (SIC – Usuário 321-ESF II)*
>
> *"A quantidade de médicos é insuficiente, falta atenção primária para prevenção". (SIC – Usuário 399-ESF II)*
>
> *"Melhorar os horários de atendimento". (SIC – Usuário 432-ESFIII)*
>
> *Contratar mais médicos, porque só tem acadêmicos. (SIC – Usuário 03-ESF III)*
>
> *"Mais rapidez no atendimento". (SIC – Usuário 546-ESF III)*

Na perspectiva dos usuários pesquisados, ficaram evidenciados os aspectos positivos e negativos relacionados às questões ligadas ao processo de

territorialização, no que concerne às condições físicas, estruturais e de serviços disponibilizados pela UBS na área adstrita, além dos aspectos sociopolíticos. Conforme exposto, é possível verificar que a satisfação dos usuários em todos os atributos investigados é bastante positiva, entretanto, existem, no percurso das entrevistas, algumas criticas e sugestões com respostas bastante espontâneas, as quais certificam o conhecimento da população sobre os assuntos tratados.

No eixo principal da pesquisa, detectou-se que uma parte significativa dos moradores pesquisados não se envolveu com os procedimentos de compartimentação dos territórios da saúde local em 2006, tampouco estiveram envolvidos na (re) territorialização dos Morrinhos I em 2007 e 2012 ou nos Morrinhos III, em 2008, pois quase nada souberam responder sobre o assunto. Também que muitos aspectos da pesquisa, não foram lembrados pelos usuários significando que os assuntos indagados ou não tiveram relevância para os entrevistados, ou se tratava de desconhecimento do assunto pesquisado. No entanto, durante todo o percurso do trabalho e da aplicação da pesquisa, embasado nos documentos consultados, vivências empíricas e relatos dos moradores, ficou constatado que realmente no ano de 2006 aconteceu a territorialização da área adstrita da UBS e que o processo esteve norteado pelas premissas do SUS e entes federados.

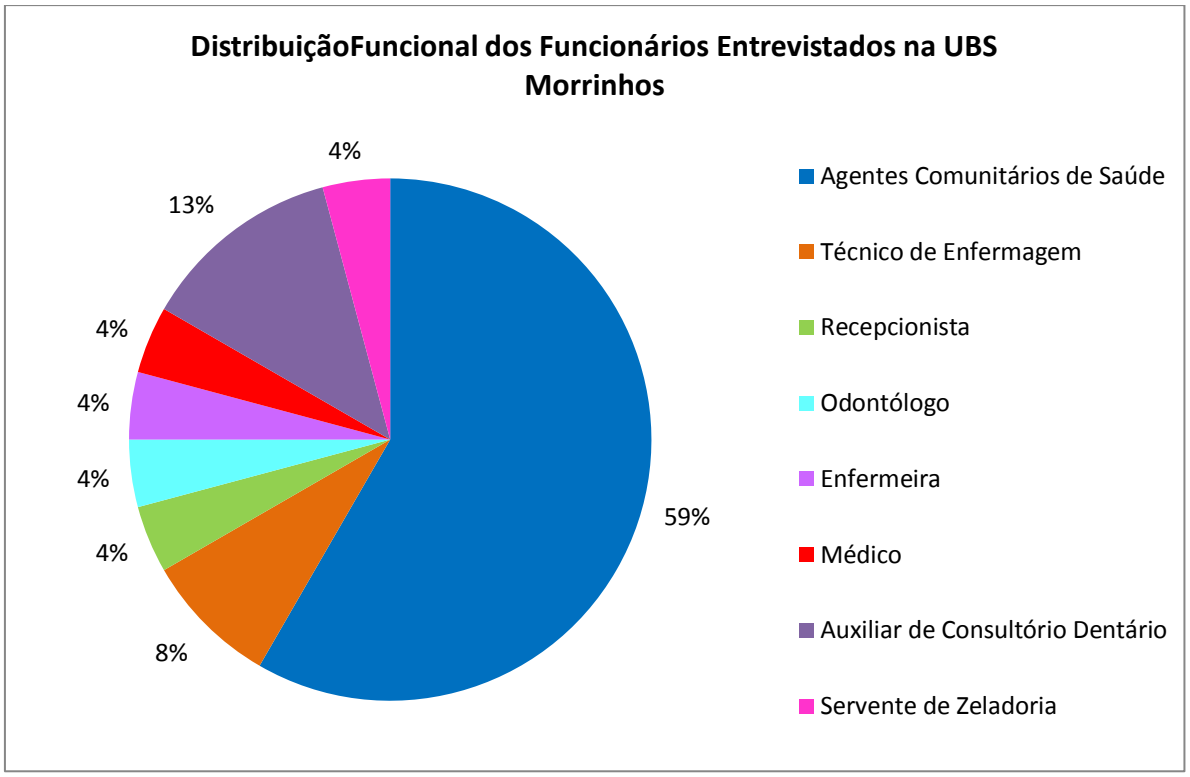
Ainda foi observado que, durante desenvolvimento do trabalho, a ciência Geográfica, em seus fundamentos e aplicativos, foi importante no processo de reconhecimento da área, na compartimentação dos territórios e percursos da territorialização e (re) territorialização. No próximo tópico, serão tratadas as informações das entrevistas feitas com os servidores da Unidade Básica de Saúde.

6.4 A territorialização da saúde na visão dos servidores das ESFs – Morrinhos

Os entrevistados da equipe multiprofissional pesquisada consistiram em 23 mulheres e 01 homem, totalizando 24 do universo de 33, isto é, 72,7% de servidores pesquisados. Quanto à idade, 10 funcionários tinham entre 20 e 29 anos, 08, entre 30 e 39, 04 tinham de 40 a 49 e 02 entre 50 e 60 anos. Para analisar o ponto de

vista dos funcionários da Unidade Básica, considerou-se necessário conhecer as funções que desempenham, as quais estão aqui relacionadas: um médico e um Dentista do Morrinhos I, uma recepcionista, um Servente de Zeladoria, três Assistentes de Consultórios Dentários - ACDs, um do Morrinhos I e outro do Morrinhos II e mais um que exerce função de assistente administrativo, uma enfermeira. Existem ainda dois técnicos de enfermagem do Morrinhos I e II, cinco Agentes Comunitário de Saúde do Morrinhos II e III e quatro do Morrinhos I. (conforme gráfico 13)

Gráfico 13: Distribuição Funcional dos Funcionários na UBS Morrinhos



Fonte: PESQUISA DIRETA, 2012**. Org.:** SILVEIRA, 2012.

Perante o quadro funcional das UBS Morrinhos, ficou evidenciado que as três Estratégias possuem uma equipe multiprofissional que atende às determinações do SUS. No entanto, das ESFs I e III, foram remanejados 02 ACSs e, até o momento, os cargos se encontram vagos.

Nos documentos escritos e consultados na UBS, estão ratificados nos trabalhos, ações e serviços da equipe multiprofissional, desde o início da territorialização, até

os dias de hoje. Cabe, neste tópico, apresentar a metodologia adotada para o processo, segundo documentos de Narciso *et al*. (2006):

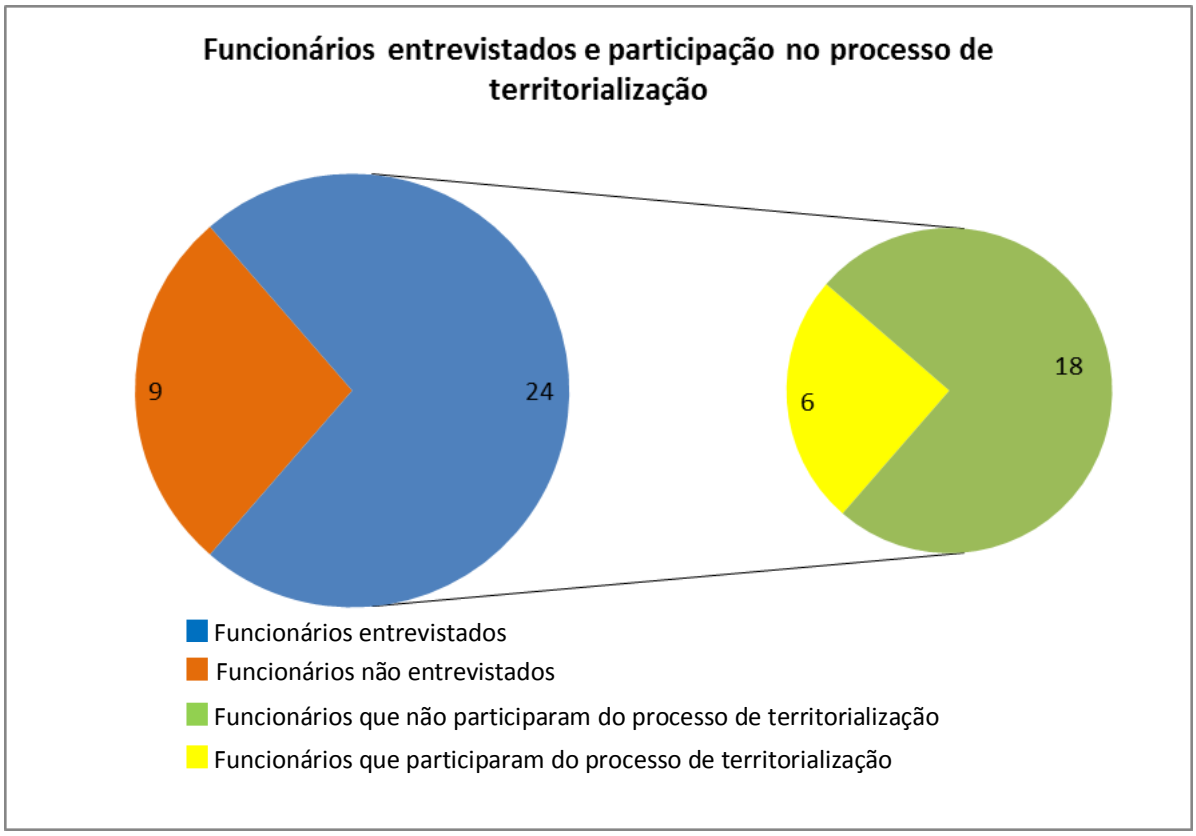
Primeiramente foi feita uma abordagem do tipo quali-quantitativa, pois o fenômeno da territorialização é complexo, baseada nas orientações e sugestões de Demo (2001); o caráter descritivo foi subsidiado por autores como Duarte e Furtado (2002); a apresentação dos dados coletados por intermédio da estimativa rápida e participante esteve baseada nos estudos de Annett e Rifkin (1988). Neles, foram destacados os seguintes pontos: levantamento de dados secundários e entrevistas com informantes-chave (ANEXOS XIV e XV); as entrevistas diretas foram conduzidas pelos entrevistadores do processo de territorialização em 2006 (principalmente durante o período da estimativa quantitativa dos domicílios, quando foram verificados os indícios dos problemas existentes no que se referia à moradia, condições de vida, saneamento, coleta de lixo e estrutura do bairro). Essas questões estiveram fundamentadas nos estudos de Acurcio, Santos e Ferreira (1998). Nos anexos XVII e XVIII estão contidas as informações que orientaram os levantamentos das fontes primárias e secundárias, além de parcerias e ações a serem desenvolvidas, foi montada pela equipe responsável da territorialização uma Matriz para Levantamento das Necessidades de Informação e Respectivas Fontes de Coleta (NARCISO *et al*., 2006, p. 25 -28).

A estimativa rápida perpassou pelas seguintes etapas: formação das equipes e escolha dos informantes-chave, orientados por Tancredini *et al*. (1998); elaboração e realização das entrevistas norteadas por Acurcio, Santos, Ferreira (1998); coleta de dados de fontes secundários e análise dos dados, segundo Acurcio, Santos e Ferreira (1998). O estudo desenvolvido foi extensivo aos setores censitários 28 a 31 e 83 a 87, conforme IBGE, 2000. (NARCISO *et al*., 2006 p. 25 -28)

Sabendo do empenho dos servidores em abranger todas as famílias e por se tratar de um bairro carente e de grande extensão territorial, os profissionais envolvidos com a pesquisa em 2006, buscaram configurar a área para o atendimento qualitativo de todos os inseridos na localidade, dividindo a área adstrita consensualmente em três meso-áreas, obedecendo aos aspectos físicos e sanitários.

Compreendendo a importância desse processo, tornou-se preponderante indagar aos profissionais, quanto a sua participação no processo de territorialização. Nesse contexto, o gráfico 14 destaca que somente 06 dos entrevistados participaram dessa atividade. Mendes (1996) reconhece a importância do desenvolvimento da territorialização, referenciando-a como o primeiro passo para a Atenção Primaria na Saúde da Família, a qual é produzida socialmente no contexto do espaço.

Gráfico 14: Funcionários entrevistados e participação no processo de territorialização

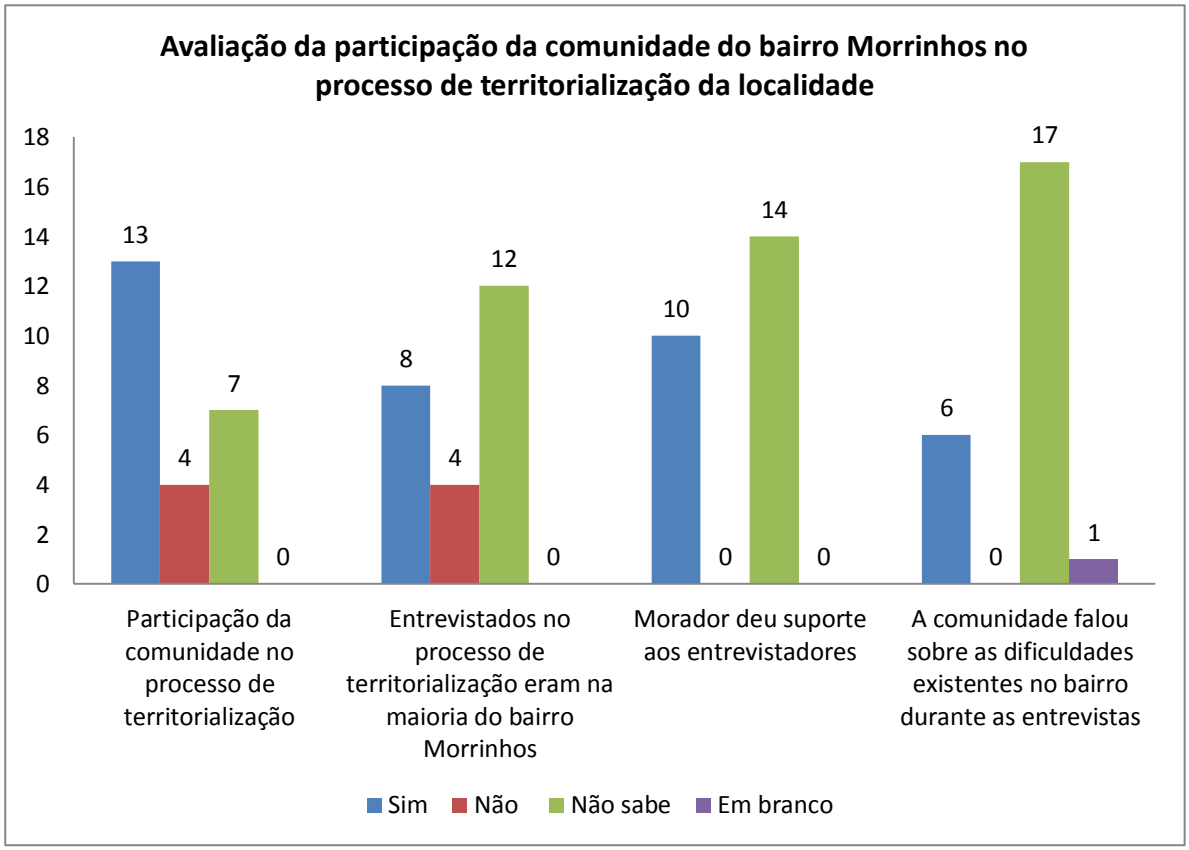


Fonte: PESQUISA DIRETA, 2012**. Org.:** SILVEIRA, 2012.

Para os 18 servidores entrevistados que não participaram do processo, as literaturas produzidas na UBS, através de relatórios anuais dos anos sequentes, seria uma sugestão de leitura informativa no que concerne ao conhecimento das ações e serviços desenvolvidos na UB, que partem do processo de territorialização. Esses relatórios estão disponíveis para consultas e leituras, porque um conhecimento prévio no âmbito de todo o processo é matéria concernente ao exercício do Sistema.

Em conformidade com os dados contabilizados dos usuários, os resultados conferidos aos servidores ratificaram que a comunidade foi convidada a participar do processo de territorialização, para o qual contribuíram distintamente: alguns dando suporte aos entrevistadores, outros oferecendo suas moradias ou pontos comerciais como referência ou cedendo espaços para reuniões e dialogando sobre as dificuldades sanitárias existentes no bairro. No gráfico 15,é possível destacar a participação da comunidade. No que se refere ao número de funcionários que dizem: “Não saber avaliar a participação da comunidade”, o fato é justificado por terem sido admitidos após o ano de 2006, (ano da territorialização) e que confirma as anotações procedidas do gráfico anterior.

Gráfico 15: Avaliação da participação da comunidade do bairro Morrinhos no processo de territorialização da localidade



Fonte: PESQUISA DIRETA, 2012**. Org.:** SILVEIRA, 2012.

Ao serem indagados sobre a divisão do território da saúde dos Morrinhos em meso-áreas, informando se os entrevistadores foram na maioria moradores do bairro, ou se alguns deles prestaram suporte aos entrevistadores, a pesquisadora ficou

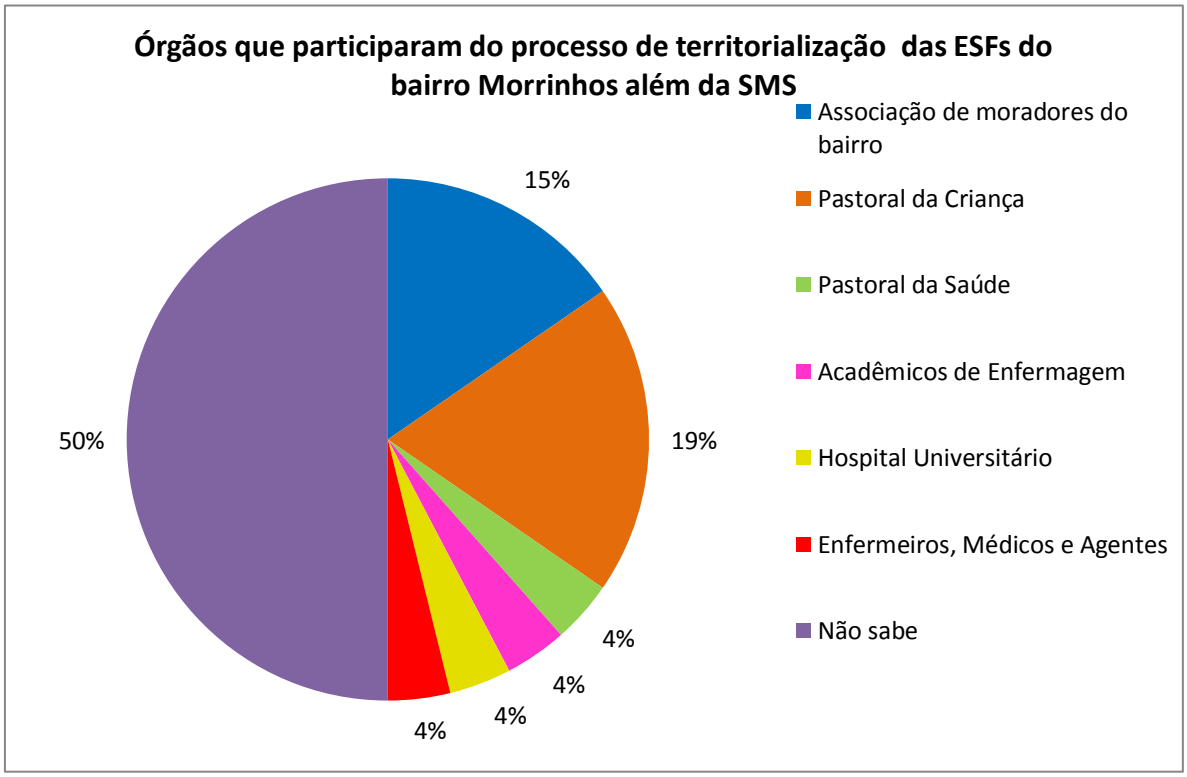
surpresa com os resultados, porque 54% do grupo da saúde arguido desconheciam sobre os assuntos mencionados, somente 38,8% responderam ter conhecimento do contexto e 7,2 afirmaram ignorar sobre a participação da comunidade.

Em prosseguimento, um aspecto preponderante e inserido nos estudos de Narciso et al. (2006) é sobre as dificuldades sanitárias existentes no bairro, isso valida, mais uma vez, a pertinência quanto ao assunto, que se encontra disposto nos documentos do autor mencionado, isto é, Narciso *et al.* (2006). Assim, foi questionado aos funcionários se a comunidade explicou aos entrevistadores sobre os aspectos sanitários dos Morrinhos. No ANEXO XV de 2006, a questão 04 aborda sobre o assunto na pesquisa aplicada aos moradores, (disponível nos documentos da UBS) fato que leva a compreensão da não informação dos funcionários pesquisados.

Contandripoulos *et al.* (1997, p.34-37) frisa que, em um processo avaliativo, os envolvidos devem conhecer os critérios e as normas, ou precisa buscar embasamento em análises científicas, isso consiste em entender e julgar a respeito da organização, dos serviços ou de bens produzidos, além dos resultados obtidos. Portanto, é necessário que a história da saúde local seja conhecida na origem, vivenciada a cada dia, para ser compreendida em suas desigualdades.

Em seguida, o gráfico 16 vem destacar mais uma vez que a falta de informação da equipe entrevistada, a respeito de outros órgãos que participaram do processo de territorialização no bairro, correspondeu a 50%. Os que conheciam a intervenção de órgãos no evento citaram a participação da Pastoral da Criança, seguida da Associação de Moradores do Bairro e, com menores percentuais, estão evidenciadas a colaboração dos Acadêmicos de Enfermagem, a Pastoral da Saúde, o Hospital Universitário e Equipe Multiprofissional. Comparando esses resultados com os obtidos pela pesquisa feita com os usuários, as negações são similares e, nas demais participações foram percebidas uma maior diversificação dos órgãos participantes.

Gráfico 16: Órgãos que participaram do processo de territorialização das ESFs do bairro Morrinhos além da SMS



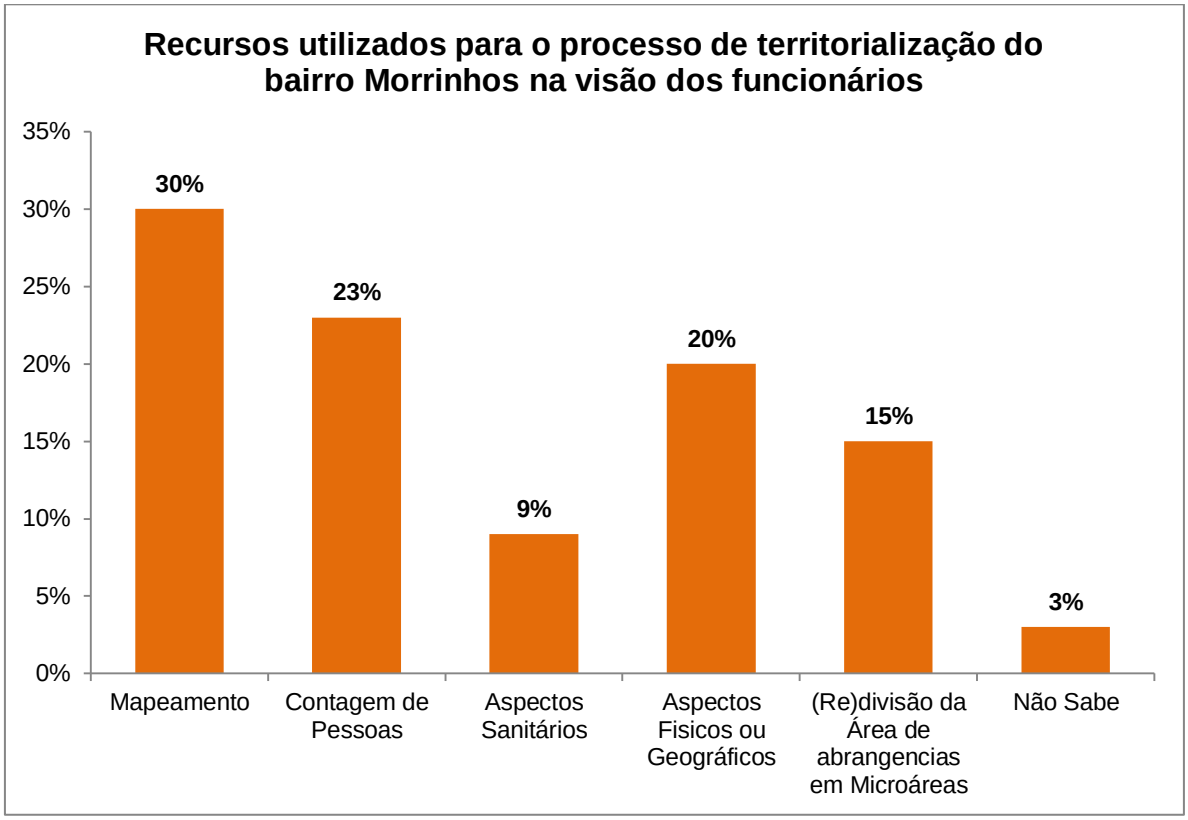
Fonte: PESQUISA DIRETA, 2012**. Org.:** SILVEIRA, 2012.

Em referência aos recursos utilizados para os procedimentos da territorialização, os funcionários participaram efetivamente das respostas, fato que se atribuiu ao conhecimento prático que desenvolvem no cotidiano do trabalho. Todavia, conforme os depoimentos anteriormente registrados, a maioria afirmou não ter conhecimento do processo de territorialização. Torna-se evidente, que as afirmativas do gráfico 17 são peculiares ao dia a dia do exercício das atividades praticadas pelos servidores. Entre as alternativas mais assinaladas, estão o mapeamento, a contagem de pessoas, os aspectos físicos e Geográficos, (re)divisão da área de abrangência em microáreas. Quanto às respostas de menor recorrência, foram destacadas os aspectos sanitários e aqueles que não souberam informar.

É necessário destacar que um diagnóstico situacional da área física e sanitária das ESFs será ferramenta importante na identificação dos problemas e necessidades sociais da população ali inserida. A composição dessa análise deverá estar fundamentada em um planejamento estratégico com foco na resolução das

dificuldades encontradas. Portanto, o conhecimento das áreas física e sanitária nos processos de saúde será indispensável aos profissionais envolvidos.

Gráfico 17: Recursos utilizados para o processo de territorialização do bairro Morrinhos na visão dos funcionários

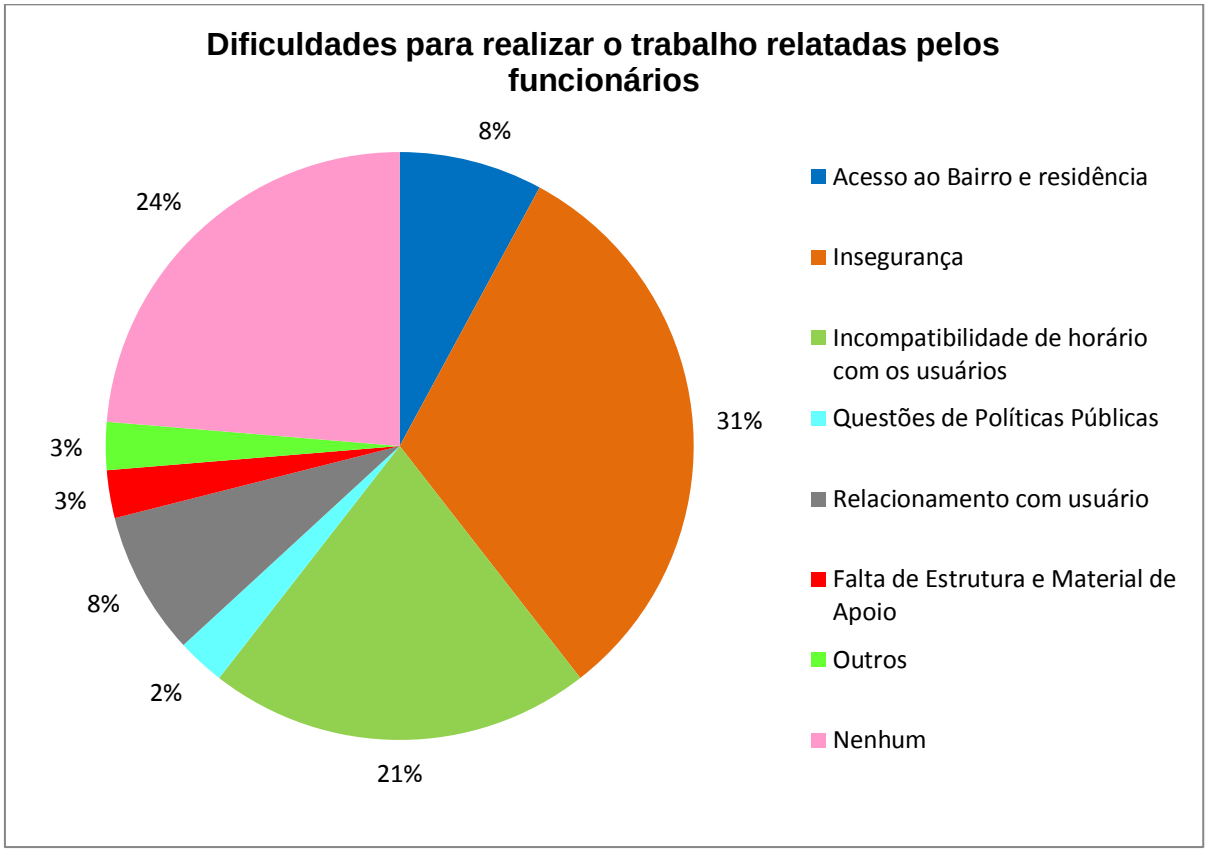


Fonte: PESQUISA DIRETA, 2012**. Org.:** SILVEIRA, 2012.

Focalizando os aspectos individuais vivenciados pela equipe de saúde entrevistada, quanto às dificuldades encontradas para se realizar o trabalho, através do gráfico 18, foi observado que: 31% dos pesquisados expuseram que a insegurança é o maior temor. Essa avaliação está interligada às questões de tráfico, áreas de risco e violência, por exemplo; 21% levaram em consideração a incompatibilidade de horário com os usuários, fato também mencionado pelos usuários quanto ao horário de funcionamento da UBS; 16% afirmaram ter problemas em relação ao acesso ao bairro e às residências (8%), além de dificuldades no relacionamento com os usuários (8%).

Esses itens, que apareceram como empecilhos para o desenvolvimento de um bom trabalho, são evidenciados nas recomendações do SUS para as ESFs. São eles: residirem próximo à área adstrita e desenvolverem o melhor relacionamento com os usuários, como já mencionado anteriormente, pois são esses últimos, que constituem a porta de entrada para a Atenção Primária. Os quesitos referentes à falta de estrutura e material de apoio são questões de políticas públicas e estão citados no gráfico a seguir, que totaliza 76% de dificuldades encontradas no trabalho das UBS, no entanto, vale destacar que 24% garantiram não haver nenhuma dificuldade para o exercício da sua profissão.

Gráfico 18: Dificuldades para realizar o trabalho relatados pelos funcionários



Fonte: PESQUISA DIRETA, 2012. **Org.:** SILVEIRA, 2012.

Perante as dificuldades físicas e sociais encontradas na prestação dos serviços, foi averiguado junto à equipe multiprofissional, se a mesma gostava de trabalhar na referida UBS e se as atividades laborais exercidas são satisfatórias, apesar das insalubridades encontradas no bairro. Várias foram as justificativas, sendo todas

positivas, perfazendo um total de 100% de satisfação. Entre as respostas contidas nos questionários, algumas delas foram inseridas nesta abordagem:

> *"Satisfação em ajudar as pessoas que necessitam do meu trabalho". (SIC- F04- ESFIII)*
>
> *"Convivência com colegas e estrutura local da ESF". (SIC- F05- ESF I, II e III).*
>
> *"Estrutura, Equipe e comunidade". (SIC- F06- ESF II)*
>
> *"Relacionamento com os colegas". (SIC- F02- ESF II)*
>
> *"Onde fez residência médica". (SIC- F01- ESF II)*
>
> *"Bairro central". (SIC- F08- ESF III)*
>
> *"ESF com melhor estrutura". (SIC- F03- ESF I)*
>
> *"Costume e relacionamento com a equipe". (SIC- F07- ESF I, II e III).*
>
> *"Vinculo com a comunidade". (SIC- F09- ESF I)*
>
> *"Moro aqui há 45 anos, conheço todos os moradores". (SIC- F23- ESF II)*
>
> *"Próximo à residência". (SIC- F10- ESF I)*
>
> *"Pessoas receptivas, carentes de amizades e nos recebem bem". (SIC- F13- ESF II)*
>
> *"Conhece a região". (SIC- F18- ESF II)*
>
> *"Equipe Unida e dedicada". (SIC- F24- ESF II)*
>
> *"Se sente bem". (SIC- F21- ESF III)*

Em Andrade (2002) e Santos (2002), ao se referirem à territorialidade, tratam também do sentimento desenvolvido em relação ao espaço vivido ou habitado. Um sentimento que dá abertura às práticas da confraternização das pessoas as quais convivem no mesmo lugar e possuem consciência da importância da sua participação desse espaço. Raffestin (1993) confirma essa concepção, assegurando que a territorialidade aparece nas mais diversas escalas espaciais e sociais, estendidas desde o espaço local até o global. Os sentimentos de pertencimento ao lugar, inerentes aos trabalhos de Tuan (1983), impedem a exclusão social da população. Afirma ainda que haverá a inclusão espacial em qualquer escala da vivência do individuo. "É abstrata", é referente "à imagem", "a símbolos" de território

assimilado, ao qual estão ligadas às diversas dimensões socioeconômicas e ambientais, (RAFFESTIN 1993). É a soma das relações entre o sujeito e o meio que se interagem através do censo de identidade espacial, de exclusividade, de compartimentação da interação humana com o espaço. (SOYA, 1991)

Diante do exposto, é incontestável o processo de territorialização nas ESFs I, II e III do bairro Morrinhos. Apesar de falhas nas respostas dos funcionários, existem comprovações documentais, aplicação de pesquisa e depoimentos dos entrevistados que comprova todo o processo. É sabido que uma nova (re) territorialização tem sido desenvolvida com o perpassar dos anos, de acordo com as necessidades advindas e pelo exercício do processo realizado pela equipe da UBS. Novamente vale destacar a relevância da Geografia como ciência que, nos seus diversos fundamentos, colabora e intermedeia a organização espacial da saúde local.

Para endossar a investigação do Processo de Territorialização do Bairro Morrinhos em 2006, no dia 10 de Janeiro de 2013, registrou-se o depoimento do Senhor Antônio Carlos Carvalho Freitas[36], então Presidente da Nova Associação dos Amigos e Moradores do Bairro Morrinhos no período de 2004 à Julho de 2009, que como representante dessa entidade colaborou, juntamente com a comunidade Morrinhos no processo de territorialização das ESFs I, II e III. Segundo o relato de Freitas (2013), a comunidade reivindicou através de ofício a Câmara de Vereadores de Montes Claros o mais urgente possível à construção de um posto de saúde, para atender a comunidade e suas adjacências. (FREITAS, 2013).

O Presidente da Associação afirmou que esta solicitação teve origem no Projeto – Lei de Doutor Athos Avelino Pereira, quando Deputado Federal, representando o Norte de Minas naquela casa, para a construção e instalação de uma Unidade do Programa Saúde da Família em Montes Claros. (ANEXOS XX e XXI). Todavia, afirmou que já existiam ações de saúde desenvolvidas pelos moradores do bairro no salão paroquial do Alto do Morrinhos, as quais atendiam quinzenalmente os

[36] O depoente permitiu citar o nome

moradores do bairro, principalmente as crianças (pesagem, nutrição e vacinas), com o apoio da Pastoral da Criança.(FREITAS, 2013)

Em prosseguimento do depoimento, o mesmo descreveu o segundo passo do processo que consistiu na desapropriação do terreno e compra do lote. Nesta parte, tanto a Associação como a comunidade se reuniram para estabelecer diretrizes de como seria executado o processo de desapropriação. Neste ponto, reuniram com o então Secretário de Saúde Doutor João Batista Silvério (ANEXO XIX e XX), em 15/07/2005, (no início da administração municipal de Doutor Athos Avelino Pereira) para ajustamentos nas negociações do terreno, quando ficou definido que seriam construídas três Unidades do Programa Saúde da Família, visto que, somente uma, não suportaria a demanda da comunidade. Após reuniões que definiram claramente todas as questões, o lote foi desapropriado, comprado e deu-se início a construção da Unidade Básica (ANEXO XXI).

No período de construção e finalização da obra, a Nova Associação de Amigos e Moradores do Bairro Morrinhos participou efetivamente com sugestões para adequação do projeto às demandas locais de saúde (ANEXO XXII). A inauguração da UBS ocorreu no final do ano de 2008, no Governo de Doutor Athos Avelino Pereira, que entregou a comunidade a Unidade totalmente acabada, inclusive com 2º piso e estruturada para prestar os serviços de saúde. (FREITAS, 2013).

O trabalho teve o envolvimento de uma ampla equipe de saúde e foi coordenado pelo preceptor da Residência em Medicina de Família e Comunidade, da Unimontes, Senhor Danilo Fernando Macedo Narciso e do enfermeiro Marden Costa Lopes, preceptor enfermeiro do curso de Especialização em Saúde da Família na Modalidade Residência para Cirurgiões Dentista e Enfermeiros, além de uma equipe de profissionais e estagiários ligados a saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (FREITAS, 2013)

Dando continuidade, o senhor Freitas (2013), falou sobre as divisões dos territórios das ESFs, e antes de dividi-las toda a comunidade foi visitada para contagem das famílias, usando para as residências em que os moradores não se encontravam as

informações dos vizinhos e também com base nos padrões de luz da CEMIG, que facilitaram na estimativa do total de moradores dessas residências. Neste prisma, as áreas de risco foram levantadas e para este fim, contou com a participação de muitos moradores, inclusive opinaram na configuração dos territórios. No que diz respeito a participação de entidades, destacou a essencial participação da Unimontes, Pastoral da Criança e Associação de Moradores. (FREITAS, 2013)

Na visão de Freitas (2013), a presença da Unidade de Saúde, melhorou bastante os avanços e as condições de saúde do bairro, para ele, o nível de satisfação dos usuários é mais de 80%, pois conhece a comunidade, conversa com todos e mesmo diante das falhas e dificuldade, existe a aprovação. As negações da população são pessoais, problemas com alguém da equipe profissional. (FREITAS, 2013)

Finalmente, o Ex- Presidente da Associação revelou que na divisão das áreas das ESFs a população participou na determinação de risco, e quanto à escolha dos ACSs esses foram admitidos por seleção pública; eram todos do bairro; os candidatos que não pertenciam à comunidade foram automaticamente eliminados; os moradores acompanharam todo o processo e denunciavam os desvios de condutas. Diante do exposto, os documentos estão à disposição de quem tiver necessidade para consultas e pesquisas. (FREITAS, 2013).

Diante dos relatos e sugestões dos usuários entrevistados da UBS Morrinhos e arguidos da equipe multiprofissional, é preponderante evidenciar alguns aspectos sugeridos por parte significativa dos entrevistados, entre eles destacam-se:

- A linha férrea no processo de territorialização foi instrumento colaborador na delimitação física dos territórios das ESFs. Contudo, existe uma insatisfação dos moradores, quanto a esta delimitação, aqueles que não foram comtemplados pela UBS Morrinhos, e moram do outro lado da linha férrea (ela como fator de isolamento), se sentem excluídos e obrigados a usarem os serviços de saúde de outra UBS, mesmo estando distante das suas moradias.

- Na delimitação das áreas de risco, estas inclusive sugeridas pelos moradores no ano de 2006, estão sendo questionadas na atualidade, porque alguns riscos já foram solucionados pela gestão pública e outros como a segurança não estão sendo considerados atualmente. Nesta visão, o processo de (re)territorialização, que já está sendo executado, com certeza será muito positivo para as novas adequações destas áreas.

- Muitas defasagens nos serviços de saúde criticados pelos usuários e até mesmo informados através dos relatórios dependem de iniciativas da gestão municipal, porque todos os trabalhos desenvolvidos pelas ESFs estão conectados ao Sistema de Saúde local e determinações dos demais entes federados. A equipe multiprofissional têm limitações no exercício das ações em saúde.

- Os Grupos de Educação em Saúde, tão importante na Atenção Primária, existem na UBS e com esforço e interesse da equipe tem funcionado, porém não como a demanda necessita, especialmente no caso das condições de saúde averiguadas no corpo da pesquisa, onde alguns deles foram desativados, por questões ligadas à gestão municipal.

- Os usuários são considerados pelo SUS como porta de entrada para a Atenção Primaria, nesse contexto é preciso investir com Programas de Sensibilização para a importância de participarem dos propósitos da UBS na área adstrita, pois principalmente os homens e adolescentes frequentam muito pouco as atividades e programas. Deste modo, é preciso conscientizar os usuários sobre o foco das ESFs, informando-os que a UBS não é Posto de Triagem, tão pouco local de Atendimento de Urgência e Emergência ou Posto de Saúde (este muito indicado pelos entrevistados para ser inserido no bairro, diante da demanda populacional), e sim um modelo integrador da Medicina Preventivo-Curativa.

- A demanda funcional das ESFs está a quem da necessária para o contingente populacional da área adstrita, sendo esta uma das questões mais citadas pelos entrevistados. Outro fator muito questionado diz respeito a medicamentos, por falta de conhecimento dos usuários, em muitas entrevistas à tônica foi à instalação de uma farmácia na Unidade Básica.

Outras questões pertinentes estão disponibilizadas no corpo da pesquisa, para as apreciações e análises dos interessados pelo assunto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso histórico da saúde coletiva brasileira emergiu do modelo previdenciário de 1920, onde a assistência médica era exercida como atribuição fundamental do Sistema. Todavia, entre as décadas de 1970 e 1980, a saúde no Brasil passou por desafios oriundos do modelo até então existente.

Neste período, com uma economia baseada em um modelo agroexportador, o país teve que cumprir com as exigências internacionais estabelecidas para o comércio de trocas, isto é, melhorias sanitárias no saneamento dos portos, controle de doenças e/ou erradicação das mesmas, para não comprometer a balança comercial, o chamado “sanitarismo campanhista”. Este tinha como missão o combate das doenças de massa. Posteriormente, esse modelo foi substituído por um paradigma de forte centralização administrativa, de estruturas rígidas e temáticas verticalizadas por ações executadas via campanhas ou unidades especializadas de saúde as quais eram voltadas para a erradicação de doenças infectocontagiosas, tendo como foco a melhoria das ações e serviços da saúde pública.

Sequencialmente, a partir das ações campanhistas da década de 1920, o modelo médico assistencial privatista foi ampliado, pois envolveram os fundos previdenciários anteriores, os quais foram incorporados ao Instituto Nacional de Previdência Social, que posteriormente, foi substituído pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

Doravante, com a Conferência Internacional de Alma Ata em 1977, os cuidados primários com a saúde vieram à tona frente à intensa crise do panorama social e econômico vivenciado pelos países em escala global impactando a saúde. Em consequência disso, o Brasil, na década de 1980, foi marcado por dificuldades político - econômicas internas frente à crise nele deflagrada. Este evento afetou diretamente a eficiência e eficácia do setor de saúde, pois impactou os padrões sanitários locais, a alocação dos recursos e a conformação dos serviços e ações ligados aos profissionais da saúde.

Diante da crise vivenciada na saúde, era necessária e urgente uma mudança radical na racionalização do modelo sanitário brasileiro, até então experimentado pela população. Como resultado, foi instituído pela Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde, que tinha como propósito garantir, mediante políticas sociais e econômicas, o acesso universal à saúde como direito de todos e um dever do Estado. O Sistema tinha ainda o papel de promover mudanças macro-estruturais consorciadas com os entes federados no exercício de ações Intersetoriais e políticas que objetivavam interferir nas condições e qualidade de vida da população através da promoção em saúde.

Contudo, para chegarmos à inserção das ESFs no Sistema SUS, vários foram os caminhos e desafios percorridos, os quais provocaram uma sucessão de enfrentamentos na busca de soluções viáveis para as populações que deles dependiam.

O SUS trata-se de um Sistema com fundamentos democráticos, públicos e universais, sendo complexo, mas completo. Através do Ministério da Saúde, Leis Orgânicas e Normas Operacionais Básicas, outorgadas a partir de 1990, foram definidas responsabilidades para as áreas de vigilância sanitária, epidemiologia e saúde do trabalhador. Nele estão contidas regulamentações para a participação popular além de financiamentos e a relação do poder público com as entidades participantes do processo. Essas premissas foram regulamentadas pelo direito público e tornaram-se extensivas em suas aplicabilidades ao território nacional.

Mediante a grandiosidade das propostas do SUS, deve-se reconhecer que até o momento, esse Sistema, continua sendo o maior investimento de inclusão social vivido na história da saúde brasileira, apesar das deficiências encontradas no percurso histórico do seu exercício, entre elas, as dificuldades nas dotações orçamentárias, inabilidade na capacidade gerencial, disputas entre grupos de vínculos e objetivos diferentes, burocracia excessiva no exercício da administração pública, mecanismos jurídicos emaranhados nos consórcios público-privados e recursos humanos não perfilados com as exigências do Sistema.

Portanto, o modelo proposto vem reafirmar o compromisso e interesse do Estado Nacional no resgate dos direitos dos cidadãos, especialmente para aqueles que participam assiduamente das ações e serviços por ele disponibilizados.

Vale destacar que, tais instrumentos foram imprescindíveis, pois conduziram os Estados brasileiros a estabelecerem seus mecanismos, dentre eles o Plano Diretor de Regionalização da Saúde, que em Minas Gerais, sua primeira versão, foi instituída em 2002 com outras posteriores adaptadas às realidades vivenciadas pelo Estado sendo a última no ano de 2013. Este Plano quer garantir o acesso da população aos diversos níveis de atendimentos em saúde e que estejam o mais próximo de suas moradias. O mesmo tem como base um conjunto de ações e serviços de atenção primária e busca solucionar os problemas de saúde, em qualquer nível de suas necessidades.

Em virtude dos fatos mencionados e diante dos enfrentamentos para um estado de grandes amplitudes territoriais como o mineiro e de realidades díspares, procedeu-se então, à regionalização da saúde. Inicialmente, foram instituídas treze Regiões Ampliadas de Saúde – RAS, e setenta e seis Regiões de Saúde - RS, no âmbito da configuração das Regiões. Na área referente à Região Ampliada de Saúde Norte, foi atribuída a Montes Claros a função de cidade polo, pois esta já centralizava os serviços de saúde regionais dos oitenta e seis municípios a ela aglutinados.

Esses municípios estão distribuídos em três médias estruturas, isto é, uma Superintendência Regional de Saúde que atende a cinquenta e três municípios, com sede localizada em Montes Claros e duas Gerências Regionais, uma com sede na cidade de Januária e outra na cidade de Pirapora, abrangendo, as duas, trinta e três municípios. Todos são dotados dos serviços do SUS em consonância com as determinações do Estado e com foco na Atenção Primaria em uma rede assistencial até a Alta Complexidade. Todavia, o aparato humano e tecnológico ainda atende precariamente a realidade regional diante das emergências da saúde local.

Levando em consideração esses aspectos e perante as informações levantadas, além das experiências vivenciadas no período das investigações, é possível dizer que as políticas de Atenção Básica e de Média e Alta Complexidade para Montes

Claros e Região, não são suficientes no suprimento da grande demanda populacional em saúde. A mesma, para acatar as urgências regionais/nacionais, ultrapassa até mesmos os limites políticos dos estados, rompendo as fronteiras do Norte de Minas Gerais, atendendo ainda a pacientes dos Estados de Goiás, Bahia (parte sul) e Mato Grosso.

Assim, Montes Claros reúne um Sistema de Saúde voltado para as três esferas assistenciais com ênfase na Média e a Alta Complexidade e têm como apoio os governos federal e estadual que disponibilizam estruturas para os atendimentos em saúde. Contudo, devido à demanda local e regional, os arranjos dos serviços são ainda insuficientes em todos os níveis de assistência. Quanto à Atenção Básica, em Montes Claros, já estão em fase de estruturação mais cinco ESFs, sendo então não mais setenta e seis e sim oitenta e uma ESFs ao final do ano de 2013.

Todavia, o percentual de atendimentos em Montes Claros está ainda defasado porque as dotações financeiras disponibilizadas para a saúde, não são suficientes. Neste sentido, existe insuficiência no número de profissionais habilitados e contratados, bem como estruturas tecnológicas incipientes e poucos investimentos no que diz respeito a um dinamismo na Educação em Saúde. Perante essas as afirmativas, pode-se denotar que a cidade de Montes Claros está qualificada para atender as políticas de Atenção Básica, pois diante das dificuldades e contraposições nos contextos vivenciados, ainda assim, as experiências desenvolvidas têm sido positivas na promoção da saúde local/regional.

Neste âmbito, é preciso ressaltar que, as gestões políticas no município, como na região, não dão sequência aos programas, empreendimentos e projetos voltados para a saúde, tornando-se estanques. Apesar do dinamismo nas gestões, os artefatos de saúde têm seus aplicativos muito mais voltados para fins políticos do que para os aspectos científicos e tecnológicos em prol da população que deles necessitam. Assim sendo, os gestores da saúde local/regional deverão repensar juntamente com os usuários do SUS a inserção no processo de novas dinâmicas e posturas que contribuam para o avanço nas questões administrativas da saúde em

benefício da população. Outro aspecto estrutural refere-se à melhoria e ampliação da rede hospitalar norte-mineira, pois é preciso dotar os polos microrregionais de serviços e recursos humanos para aliviar a sobrecarga dos mesmos na cidade de Montes Claros, assim como o aprimoramento e ajustamentos da atenção básica nos municípios. Com certeza, se assim procederem, Montes Claros e a RAS – NORTE estarão desenvolvendo um projeto de saúde com práticas inovadoras e singulares no Estado de Minas e território brasileiro, em favor da qualidade de vida dos cidadãos.

No tocante, aos instrumentos utilizados para espacializar a Estratégia Saúde da Família – ESF da referida cidade, os capítulos 02, 03 e 04 descreveram, com propriedade, os detalhes do processo. Nesta conjuntura é preciso reafirmar que os critérios adotados estiveram em consonância com os preceitos dos SUS e deliberações do PDR/MG, além das determinações e orientações oriundas da SES/MG e SMS/PMMC. As particularidades das áreas adstritas como a das ESFs Morrinhos I, II e III foram levadas em consideração e por serem as mesmas as primeiras no processo de territorialização da saúde na cidade de Montes Claros, serviram como modelo e ensaio na implantação das demais.

Quanto às peculiaridades concernentes as ações e serviços das Estratégias do bairro Morrinhos, verificaram-se as mesmas dificuldades das demais, ou seja: falta de interesse dos gestores políticos em corroborar para melhorias estruturais e qualitativas na prestação dos serviços, ausência de financiamentos para instalação de programas secundários que promovam Educação em Saúde, apoio da sociedade civil, valorização dos serviços por parte dos usuários, defasagem de funcionários e técnicos além das realidades socioeconômicas locais que afetam um melhor desempenho nas ESFs.

De tal modo, afirma-se então que, as equipes multiprofissionais da saúde deverão conhecer os pormenores das áreas adstritas em seus artefatos, saber pensá-los e por meio deles se organizarem. Diante das novas dinâmicas e ações de saúde orientadas pelo SUS para atender a tão almejada Saúde Coletiva, concluiu-se que, a Geografia em suas análises, propostas e contextos, poderá contribuir efetivamente

nos processos territoriais e socioambientais do espaço da saúde. Para tal, será importante a inclusão de profissionais da Geografia na composição do quadro multiprofissional do Sistema, especialmente nas ESF's, em seus processos de definição e mapeamento dos territórios, além da (re)territorialização e dinâmicas socioambientais e políticas.

No que condiz ao Projeto Montes Claros, instituído em 1971 e extinto em 1979 (data questionada pelos gestores de saúde, os quais viveram as experiências do PMC, inclusive denotadas no texto desta tese), é aceitável afirmar a importância local/regional e nacional que o Projeto trouxe no conteúdo de suas propostas. Para muitos autores, inclusive os que escreveram sobre a matéria, o PMC foi considerado o nascedouro do SUS.

Realmente, as propostas apresentadas e experimentadas, estiveram interligadas as questões de saúde coletiva em um ensaio regional executado numa área carente de artefatos físicos e socioeconômicos, que afetavam diretamente a saúde da população. Esteve abalizado em princípios norteadores singulares, entre os quais a Integralidade da Assistência à Saúde, Regionalização, Hierarquização, Participação Popular, Administração Eficiente e Atendimentos Executados por Auxiliares em Saúde. Montes Claros e a Região Norte Mineira serviram de referência a partir das ações e serviços do PMC para a saúde nacional e internacional.

Percebe-se então, o mérito dos mentores e executores do Projeto, os quais romperam os fundamentos de uma saúde coletiva para orientá-la e consorciá-la aos princípios preventivo-curativos. Diante dos atributos encontrados na literatura que aborda sobre o PMC e nos resultados divulgados a respeito do mesmo, confirma-se então, os valores denotados no exercício do Projeto Montes Claros, um marco norteador das propostas do SUS para o Brasil.

O papel do geógrafo, especialmente na pós-modernidade, tem sido de grande relevância, principalmente quando se incluiu no contexto dos estudos da Ciência Geográfica, novas temáticas e tecnologias apropriadas para a compartimentação e configuração do espaço. Entre as ciências afins, desponta no Brasil um novo

desdobramento, a “Geografia da Saúde”, que tem como finalidade subsidiar a compreensão e a dinâmica dos serviços no território da saúde de uma determinada área, observando como estão sendo disseminadas as doenças, os pontos e contrapontos do meio ambiente na saúde e a inserção dos aspectos físicos, políticos, culturais e socioeconômicos de uma determinada área. Assim, é possível tratar o usuário como um todo, e não isoladamente como componente de um sistema.

Existe por parte da população anseios em solucionar, juntamente com os gestores das políticas públicas, o desenvolvimento de ações participativas e efetivas, que poderão colaborar para as mudanças de hábitos e atitudes, as quais resultarão possivelmente em condições de vida mais saudáveis.

A Geografia está habilitada para fundamentar os estudos e práticas na organização espacial dos territórios. Neste sentido, com base nas categorias geográficas apresentadas no estudo, pode-se afirmar que o território se constitui uma categoria de fundamental importância, visto que é campo de diversos processos que ocorrem na sociedade. Nos determinantes do território, torna-se evidente sua origem do espaço geográfico, sendo estes indissociáveis, pois, o território se organiza a partir das transformações do homem e nas atividades por ele desenvolvidas, das quais resultam as paisagens e a organização social, por estar este firmado nos conceitos e conteúdos geográficos.

A categoria território compreende a delimitação, apropriação e gestão do espaço estudado. Deste modo, a face visível da Geografia mais adequada para a construção e espacialização da saúde é o Território. Esta parte do pressuposto da imbricação de múltiplas relações de poder entre as conexões sociedade, natureza, política, economia e cultura, interagindo-se em uma dimensão espaço/temporal. Portanto, no território, a perspectiva é integradora e envolve muitos aspectos que buscam, de maneira conectada e articulada, os resultados dos processos sociais e materiais. Devido à diversidade nele existente, a percepção das pessoas a respeito dos riscos é diferenciada, pois cada uma delas vive condições ímpares, individuais e/ou coletivas em virtude das ameaças para as quais estão expostas.

Diante dos pontos e contrapontos no percurso histórico do SUS, a parceira da saúde com o conhecimento da ciência geográfica veio de forma particular, auxiliar na inserção e implantação das ESFs por meio dos conceitos e práticas das categorias geográficas nas áreas adstritas, podendo assim, serem delimitadas e territorializadas. Contudo, a categoria território, é a responsável por promover essa interação de forma contundente e eficaz diante de diferentes estruturas espaciais.

Em vista dos argumentos, atributos e critérios apresentados, a categoria território é o palco das relações sociais, e demonstra ser essencial para investigar, apropriar e dominar o espaço na relação com a saúde. No assunto, o mesmo permite as condições para o planejamento das ações que interferem na minimização dos impactos dessa apropriação diante das condições de vida do cidadão.

A categoria região em saúde, nesta pesquisa, é compreendida como um espaço geográfico regular constituído por grupos de municípios que se limitam, os quais possuem identidades socioeconômicas e culturais equivalentes, além de redes de comunicação e infraestrutura de transportes que integrados e organizados, oferecem suporte a execução das ações e serviços de saúde.

Em vista dos argumentos apresentados, a Região se adequa melhor as estruturas organizativas do Espaço da Saúde para atender as realidades sociopolíticas de agrupamento dos municípios na formação das regiões de saúde, ou seja, em uma estrutura macro organizativa. Em virtude dos fatos mencionados, em Montes Claros, a categoria território tem sido aplicada nos recortes espaciais da saúde através da Estratégia Saúde da Família preterindo a categoria Região, devido à amplitude dos atributos contidos no contexto funcional do Território.

Entretanto, existe uma relação hierárquica nos espaços da saúde com vínculos regionais, formando uma rede sistemática nos níveis organizativos e assistenciais, desde a Atenção Primária, até a Alta Complexidade. Montes Claros, como enfatizado anteriormente, é a cidade polo da RAS – Norte, que acolhe os fluxos regionais de saúde estabelecidos na gestão plena dos sistemas municipais descentralizados, acatando e racionalizando os atendimentos, dentro da sua

capacidade funcional e estrutural instalada para suprir as necessidades assistenciais.

Retornando às considerações do objeto desta pesquisa, que focaliza a área adstrita de saúde no bairro Morrinhos, fundamentado em todos os referenciais escritos e práticos desta tese, foi possível observar que a Geografia em suas diversidades é ciência concreta e vivida no cotidiano da comunidade e nas ações e serviços de saúde ali desenvolvidos.

Em virtude do que foi mencionado, é necessário estabelecer uma parceria entre a Geografia e a Saúde, isto porque, a Geografia no seu objeto, estuda a sociedade em uma dimensão espacial e colaborará efetivamente no entendimento dos fenômenos que ocorrem no espaço da saúde e com certeza ampliará novas visões e maneiras de pensar e entender o processo saúde-doença que vivem os moradores do bairro Morrinhos.

Estas reflexões estiveram presentes e foram vividas na trajetória deste estudo, quando a pesquisadora experimentou efetivamente essas relações, ou seja, Geografia e Ciências da Saúde podem se completarem. Todavia, diante da proposta do trabalho até a sua conclusão infere-se que: “Nada há como começar para ver como é árduo concluir”. (Victor Hugo- Romancista Francês).

REFERÊNCIAS

AEROMOC. **Fotografias e Exibições Aéreas**. Montes Claros. 2012

ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G. J. VIEIRA, C. A. L.; **Distritos Sanitários: Concepção e Organização**. São Paulo: USP, 1998.

ALVES, D. P. **Relatório de Territorialização do Morrinhos II.** Montes Claros, 2010. 13 p.

ANDRADE, M.P.P. **Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador Região de Saúde Montes Claros/Bocaiuva:** Cerest**.** 15 p. Montes Claros, 2012.

AROUCA, A. S. da S. **O Dilema Preventivista Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva**. 1975. 196 f. Tese Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. 1975.

BARRETO, S. M.; MARTINS Jr., J. S.; ALMEIDA, M. C. M.; ASSUNÇÃO, R. M. **Construção de índice de vulnerabilidade à saúde para delimitação de áreas homogêneas: o caso de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 1998. 8 p.

BEAUJEU-GARNIER, J. **Geografia de população**. Tradução de Leônidas Gontijo Carvalho. 2. ed. São Paulo: Ed. Nacional, 1980.

BITOUN, J. O intra-urbano: a geografia e o urbanismo. In: SILVA, J. B.(org.). **A cidade e o urbano:** temas para debates. Fortaleza: EUFC, 1997. p. 53-60.

BITOUN, J. **A política de saúde e as inovações na gestão local:** Cidadania é notícia. Recife: Etapas Equipe Técnica de Assessoria, Pesquisa e Ação Social, 2000.

BONNEMAISON, J.; CAMBRÈZY, L. Le lienterritoria: entre frontières et identitès.In.: BONNEMAISON, J.; CAMBRÈZY, L. **Geographieset Cultures**, Paris, L'Harmattan-CNRS, 1996.

BORGES, M. D. **Processo de re-territorialização do Programa Saúde da família do bairro Morrinhos (Equipe I)**. Montes Claros: Universidade Estadual de Montes Claros, 2007.

BRAGA, M.A.F. **Industrialização da área mineira da SUDENE: um estudo de caso:** Montes Claros (MG). Unimontes. 128. p. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: **Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa.** Brasília, 2006,v. 3. 40 p.(Série Pactos pela saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: acolhimento com classificação de risco**. Brasília, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** (1988). Capítulo II, art. 06. Senado Federal, 2010.

BRASIL, H. de O. **História de Desenvolvimento de Montes Claros**. Belo Horizonte: Lemi S. A., 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. MARQUES, A. G. de. **Rede de Atenção à Urgência e Emergência de Minas Gerais na Macrorregião Norte Estudo de caso**. Brasília-DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Equipe de Saúde da Família/Saúde Bucal Modalidade I e Modalidade II. **PORTARIA GM n. 2488, de 21 de outubro de 2011.** (Política Nacional de Atenção Básica).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica Portaria n.648/GM**, de 28 de março de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de Reforço á Reorganização do Sistema Único de Saúde. **Boletim do ReforSUS.** Brasília, ano I, n. 03. 1998.

BRASIL. Módulo Politico Gestor. **Especialização em Saúde da Família Modalidade a distância**. São Paulo: UNA (Universidade Aberta do SUS), 2010.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas Operacionais Básicas do SUS**, Brasília, 1996. 30 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso. *In*: **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01**. Portaria MS/GM, n. 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília, 2001. 121p.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002.** Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Brasília, 2002. p. 01.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília. 1990. 3 p.

BRASIL. **Programa de Saúde da Família (PSF)**. Brasília: MS, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. BESSERMAN, Helena. **Saúde e Direitos Humanos.** Brasília: Ministério da Saúde, ano 2, n. 2 2005. 88 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, **Termo de Referência Oficina de Trabalho Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartite:** as Cibs e os Modelos de Indução da Regionalização no Sus. Brasília, 2001. p. 01.

CADERNOS de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, Jan/Mar. 1989.

CALDEIRA, P. D. de G. **A Inserção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.** Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. 49 p. Belo Horizonte, 2010.

CAMPOLINA, L.R.; SANTOS, L.A.; ARAÚJO, W.L.F. **Territorialização da área adscrita da Estratégia de Saúde da Família Morrinhos III e Vila Luiza situada na cidade de Montes Claros (MG).**Montes Claros, 2011. p. 95.

CARLOS, A. F. A. O lugar: mundialização e fragmentação, In: SANTOS, M. (Org.) **O Novo Mapa do Mundo Fim de Século e Globalização**. São Paulo: Editora Hucitec, 1993.

CARLOS, A. F. A.**O Lugar No/Do Mundo**. São Paulo: Hucitec, 1996.

CARLO, A. F. A. (Org). **Novos caminhos da Geografia.** São Paulo: Contexto, 2001.

CARVALHO, B. G.; PETRIS, A. J.; TURINI, B. Controle social em saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D.; CORDONI JÚNIOR., L.; (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina/ Rio de Janeiro: Editora da Universidade Estadual de Londrina/ABRASCO, 2001. p. 93-109.

CASTRO, J. L. de; SANTANA, J. P de; NOGUEIRA, R. P. **Izabel dos Santos: a arte e a paixão de aprender fazendo**. Natal: Observatório RH NESC/UFRN, 2002.

CAVALCANTI, L. S. **Geografia, Escola e Construção de Conhecimentos.** Campinas: Papirus, 2006.

CORRÊA, R. L. Reflexões sobre a dinâmica recente da rede urbana brasileira. In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPUR, 9., 2001, Rio de Janeiro. **Anais.** Rio de Janeiro: ANPUR, 2001. p. 424-430.

CORRÊA, R. L. **Trajetórias geográficas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

CORRÊA, R. L. O estudo da rede urbana: uma proposição metodológica. *In*.: **Revista Brasileira de Geografia**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 2, p. 107-124, 1987.

CORRÊA, R. L. **Região e organização espacial.** São Paulo: Ática, 2007.

COSTA, M. V; ROCHA A. A. R. de M. e R. Territorialização: Envolvendo Atores Sociais em um Projeto de Saúde. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM, 12, 2009. **Anais**. Belo Horizonte, 2009. 20 p.

COSTA NETO, M. M. da. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília/MS, 2000. 44p. (Cadernos de Atenção Básica – PSF, Caderno 01).

CUNHA, R.E. da; CUNHA, J. P. P. da. Textos Básicos: Sistema Único de Saúde. *In*: Brasil: Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**, Brasília, 2001. p. 286-304.

CZERESNIA, D; RIBEIRO, A. M. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 3, 2000. p. 595-617.

DALLABRIDA, V. R.; ZIMERMANN, V. J. Descentralização na gestão pública e estruturas subnacionais de gestão do desenvolvimento: o papel dos consórcios intermunicipais. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional G&DR**. Taubaté, v. 5, n. 3, p. 3-28, set-dez/2009.

DARDEL, E. **L'Homme et la Terre:** Nature de laRéalitéGeographique. Paris: CTHS, 1990 [PUF, 1952]. 199 p.

DONNANGELO, M.C.F. **Medicina e sociedade:** O médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979. 124 p.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. p. 26-146.

ESCOREL, S. Projeto Montes Claros: Palco e Bandeira de Luta, Experiência Acumulada do Movimento Sanitário. In.: TEIXEIRA, F. S. **Projeto Montes Claros A Utopia Revisitada**, Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 129-164.

FALEIROS, V. P., *et.al*. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FELIPE, J.S. Depoimento oral. Projeto Montes Claros. DAD/COC, 1983. *Apud*, ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R. do; EDLER, Flávio Coelho. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In.: LIMA, Nísia Trindade (Org.). **Saúde e Democracia:** história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

FIGUEIREDO, N. M. A de. *et al.* **Entre a Filosofia e as Políticas Públicas:** O que saber sobre o SUS. São Caetano do Sul: Yendis, 2007. p.3-63.

FIGUEIREDO, N. M. A. de; VIANA, D. L.; TONINI, T.*et al*. Entre a Filosofia e as Políticas Públicas: O que saber sobre o SUS. *In:* FIGUEIREDO, N. M. A. de.;

TONINI, T. (Org.). **SUS e PSF para Enfermagem:** Práticas para o cuidado com a saúde coletiva. São Caetano do Sul: Yendis, 2007. p. 3-63.

FONSECA, D.S. **Primeira História da Medicina Simplificada no Brasil.**1984. 261 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) -Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1984.

FORTES, P. A. C. **Ética e Saúde**: questões éticas, deontológicas e legais tomadas de decisões, autonomia e direitos do paciente. São Paulo: EPU, 1988. 119 p.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 19. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

FRANÇA, K. C. de; LEITE, S. S. C. A Geografia e seus conceitos: Adeus região e viva ao território? *In*: COLÓQUIO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DO PENSAMENTO GEOGRÁFICO, 1, 2008. Uberlândia. **Colóquios**. Uberlândia, 2008. 15 p.

FREITAS, A.C.C. **Depoimento sobre o processo de territorialização do bairro Morrinhos.** Montes Claros/MG. 2013. 2 p.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Dicionário de Ciências Sociais.** Rio de Janeiro: FGV, 1986.

FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA. Texto recolhido dos arquivos da Fundação Sesp. **Biblioteca Virtual da COC**, 1942-1982.

GOMES, P. C. da C. **Geografia e Modernidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.

GOMES, P. C. da C. O Conceito de Região e Sua Discursão. In. CASTRO, I. E. D.; GOMES, P. C da C.; CORRÊA, R. L. (Org.) **Geografia: Conceitos e Temas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand. Brasil, 2001.

GONDIM, G. M. M. *et al.***O Território da Saúde:** a organização do sistema de saúde e a territorialização. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

GUIMARÃES, R. B. Geografia Política, Saúde Pública e as Lideranças Locais. **Hygeia**. Uberlândia, vol. 01, 2005, p. 18-36.

GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2005, 21(4): p. 1017-1025.

HAESBAERT, R. (org). **Globalização e fragmentação do mundo contemporâneo**. Niterói: EdUFF, 2001.

HAESBAERT, R. (org). Da Desterritorialização e Multiterritorialidade. Rio de Janeiro. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM PLANEJAMENTO URBANO E REGIONAL, 5, 2001, São Paulo. **Conferências**. São Paulo: ANPUR, v. 3, 2001.

HAESBAERT, R. (org). **O Mito da Desterritorialização:** do "fim dos territórios" à multiterritorialidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HAESBAERT, R. (org). **Territórios alternativos**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2006.

HAESBAERT, R. (Org). Discurso proferido na Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes. **Professor *Honoris Causa,* Eugênio Vilaça Mendes.** Montes Claros, 2006. 9 p.

HAESBAERT, R. (Org). **Os sistemas de serviços de saúde:** o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

HAESBAERT, R. (Org). **O Cuidado das Condições Crônicas na Condição Primária à Saúde:** o Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2012. 512 p.

HAESBAERT, R. (Org). **Uma agenda para a saúde***.* São Paulo: Hucitec,1996.p. 59.

HAESBAERT, R. (Org). **Distritos Sanitários:** o Processo Social de Mudanças das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Hucitec-Abrasco, 1999. 310 p.

HISSA, C. E. V. **A Mobilidade das Fronteiras**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2002. 322 p.

HOCHMAN, G. **A era do saneamento***.* São Paul: Hucitec/Anpocs, 1998. 261p.

HOLZER, W. **A Geografia Humanista:** uma revisão - Espaço e Cultura. Rio de Janeiro: UERJ/NEPEC, n. 3, 1997. p. 8-18.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Manual técnico de uso da terra**. Rio de Janeiro, 2006.

JACOMINE, P. K. T.; CAVALCANTI, R. A.; FORMIGA, F. B. R.; SILVA, N.; BURGOS, L.A.R.; MEDEIROS, O.P.; LOPES, H.F.R.; MELO FILHO, S.G.P. Levantamento exploratório-reconhecimento dos solos do Norte de Minas Gerais (Área de atuação da SUDENE). **EMBRAPA/SNLCS – SUDENE/DRN.** Recife, 1979. p. 408.(Boletim Técnico, 60/ Brasil, SUDENE-DRN). (Série Recursos de Solos, 12).

KOGA, D. **Medidas de cidades:** entre territórios de vida e territórios vividos. São Paulo: Cortez, 2003.

LEFF. E. **Saber Ambiental:** sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder. Petrópolis: Vozes, 2001.

LEITE, M. E. **Geotecnologias Aplicadas ao Mapeamento do Uso do Solo Urbano e da Dinâmica de Favela em Cidade Média:** O Caso de Montes Claros/MG. 2011. 287f. **Tese** (Doutorado em Geografia) – Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2011.

LEMOS, J. C.; LIMA, S. C. A Geografia Médica e as doenças infecto-parasitárias. **Caminhos da Geografia**. Uberlândia, vol. 03, 2002, p. 74-86.

LENCIONI, S. **Região e Geografia**. São Paulo: Edusp, 1999. 214 p.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002. p. 290 p.

LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 64-504.

MACHADO, F. A., **O SUS que Eu Vivi:** De Clínico a Sanitarista. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

MACHADO, J.S.A. **Gênero sem Razão:** Mulheres e Loucura no Sertão Norte Mineiro. 2009, 101f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Social) - Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, 2009.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006. 260 p.

MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec. 1996.300 p.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2009.

MENDONÇA, A. M. G. **Reforma Psiquiátrica em Montes Claros:** Perspectiva Histórica. 2009. Nº f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Social) - Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, 2009.

MENGA, L.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em Educação**: Abordagens Qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.11 p.

MINAS GERAIS. Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social de Minas Gerais. **Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI 2011-2030)**. Belo Horizonte, 2011. 128 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG**, nº 1.219, de 21 de agosto 2012.

MINAYO, M. C.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementariedade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p.239-262, 1993.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento:** Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p.

MINAS GERAIS. **Relatório de Gestão**. Montes Claros: Imprensa Universitária Unimontes. /MG, 2011. 108 p.

MINAS GERAIS. SECRETARIA de Estado de Saúde de Minas Gerais. Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros. **Relatório 2011.** Montes Claros, 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais; Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (MG). **Oficinas de Qualificação da Atenção Primária a Saúde em Belo Horizonte.** Belo Horizontes: Autêntica Editora 2010. 76 p.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. **Vigilância à saúde e território utilizado:** possibilidades teóricas e metodológicas. Cidade, v. 21, n. 3, 2005. p. 898-906. (Cadernos de Saúde Pública)

MONKEN, M; PEITER, P; BARCELLOS, C; ROJAS, Luisa I; NAVARRO, M. B. M. de A; GONDIM, G. M. de M.; GRACIE, R. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. *In:* MIRANDA, A. C. de; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. (Org.). **Território, ambiente e saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.p. 23-41.

MONNERAT, G.L.; SENNA, M.C.M.; SOUZA, R.G. Entre a formulação e a implementação: uma análise do programa saúde da família. *In:* BRAVO, M.I.S; GAMA, A.S.; MONNERAT, G.L.; VASCONCELOS, A.M. **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1996.

MONTES CLAROS. Prefeitura Municipal de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão-SUS**. 2011.124 p.

MORAES, A. C. R. **Geografia Pequena História Crítica**. 11. ed. São Paulo: Hucitec,1992.

MORAES, A. C. R. **Território e História no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2002.

NARCISO, D. M. F. *et al*. **Relatório: Territorialização do bairro Morrinhos**. Montes Claros, 2006. 124 p.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. do. Prática da Enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, 2005. p. 333 - 345.

NUNES, T. C. **A especialização em saúde pública e os serviços de saúde de 1970 a 1989**. 1998. 194 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

OLIVEIRA, M. D. B., ASTEGGER, S. K. Secretaria Municipal de Saúde – Montes Claros (MG). **Relatório de Territorialização do bairro Morrinhos**. Montes Claros, 2008.

PARAÍBA. **Curso Introdutório ao PSF:** a prática da Vigilância em Saúde. João Pessoa: UFPB/ NESC/ Polo e SES/PB-PACS/PSF, 2002.

PAULA, H.A. **Montes Claros sua história, sua gente, seus costumes**. Belo Horizonte: Minas Gráfica Editora LTDA, vol. I, II, III, 1979.

PEREIRA, A. M. **Cidade média e região:** o significado de Montes Claros no Norte de Minas Gerais. 2007. 301f. Tese (Doutorado em Geografia) – Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2007.

PEREIRA, J.A.; MENDONÇA, J.M.G. de. Análise da Atuação dos Profissionais de Enfermagem no Projeto Montes Claros. **Revista de Atenção Primária à Saúde-APS**. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), 2009. 25 p.

PEREIRA, S. N. **Oferta e Demanda de Leitos Hospitalares do SUS em Montes Claros - 2010.** 2012. 60f. Monografia (Conclusão do Curso de Bacharel em Ciências Econômicas) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, 2012.

PESSÔA. L. R., **Mergulho em Montes Claros: Desafios da Alocação de Recursos na Rede SUS.** 2005. 193 p. Tese (Doutorado em Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Planejamento e Gestão de Sistemas em Serviços de Saúde. Rio de Janeiro, 2005.

PIMENTA. A.L. O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta. *In*: **Saúde e Sociedade.** São Paulo, vol. 2. n. 1, 1993.

PINTAUDI, S. M. A cidade e as formas do comércio. In: CARLOS, A. F. A. (Org.) **Novos Caminhos da Geografia**. São Paulo: Contexto, 2002.p. 143-159.

PONTES, B. S. As cidades médias brasileiras: os desafios e a complexidade do seu papel na organização do espaço regional (1970). **Boletim de Geografia**. Maringá: UEM, n. 18, 2000. p. 1-27.

PROCAD/CAPES. **Cidades Médias Brasileiras:** Agentes Econômicos, Reestruturação Urbana e Regional (proposta). Brasília: Mimeo, 2005.

PUSTAI, O.J. O Sistema de Saúde no Brasil.In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M.I.; GUIGLIANI, E. R. J. (Org.). **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseada em evidencias. 3.ed.Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAFFESTIN C, 1988. Repérespourunethéorie de laterritorialitéhumaine. *In:* **RéseauxTerritoriaux:** Transports & Communication**.** Paris: Paradigme.,v. 14, p.263-279.

RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia do Poder**. São Paulo: Ática, 1993.

RAFFESTIN, C**. A ordem e a desordem ou os paradoxos da fronteira**. *In:* OLIVEIRA, Tito Carlos Machado (Org.). Território sem limites: estudos sobre fronteiras. Campo Grande, MS: Ed. UFMS, 2005.

RATZEL, F. El Territorio, la Sociedad y el Estado. MENDOZA, J. G.; JIMENEZ, J. M.; CANTERO, N. O. (Org.) **El pensamiento geográfico:** Estudio Interpretativo y Antologia de Textos (De Humboldt a lãs tendências radicales). Madrid: Alianza Editorial, 1982.

RELPH, E. **Place and Placelessness**. Londres: Pion, 1976.156 p.

RETKA, N.; CENTENARO, A.; GREGORIO JUNIOR, H.I.; RIZZOTTO, M. L. F.SEMINÁRIO NACIONAL ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL. **A saúde no Brasil apartir da década de 80:** retrospectiva histórica e conjuntura atual. Cascavel, 2003. 14 p.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa Social:** métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 334p, 1999.

ROJAS LI**.** Geografia y Salud: temas y perspectivas en América Latina. Rio de Janeiro, v.14, n. 4. out./dez..1998. **Cadernos de Saúde Pública**. 701-711p.

ROMO, C. M. **Política, Planejamento e Governo**. (Tomos I e II) Brasília: IPEA, 1993.591 p.(DOC/DIPES/IPEA 88-93)

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da família e construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 6, nov-dez, 2005.p.1027-1034

ROSEN, G., **Da polícia médica a medicina social:** ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1980. 401 p.

SANTOS, L. A. C. O pensamento sanitarista na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. **Revista de Ciências Sociais***.* Rio de Janeiro, v.28, n.2, 1985. p.193-210. (Dados).

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço:** Técnica e Tempo, Razão e Emoção. 4. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2002.

SANTOS, M. **O Espaço do Cidadão**. 7. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: Território e Sociedade no Início do Século XXI**. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: Território e Sociedade no Início do Século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2001. (Encarte 2).

SANTOS, R. C. N. dos. A História do Projeto Montes Claros. *In*: TEIXEIRA, F. S. (Org). **Projeto Montes Claros:** utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO. p. 21-60.1995.

SANTOS, K. B. dos**. Relatório de Territorialização da Área 038 (equipe 1) da Unidade Saúde da Família do bairro Morrinhos.** Montes Claros (MG), 2008. 38 p.

SANTOS, S.M.S. **Estratégia Saúde da Família: Qualidade da Assistência sob a Perspectiva da Satisfação do Usuário.** Divinópolis, 2008. 141 p.

SAQUET, M. A. **Abordagens e Concepções de Território**. São Paulo: Expressão popular, 2007.

SCHMACHTENBERG, R. **Sanear ou Perecer**: O Movimento pelo Saneamento dos Sertões e das Cidades Brasileiras. Londrina: ANPUH – XXIII SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 2005. 8 p.

SEABRA, O. C. L. A insurreição do uso. In: MARTINS, J. S. (Org.). **Henri Lefebvre e o retorno à Dialética**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 71-86.

SILVA, M. P. **Desenvolvimento e Saúde:** Dimensão Social do Projeto Montes Claros. 2010. Dissertação: Mestrado em Desenvolvimento Social -Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, 2010. 157 p.

SILVEIRA, Y.M.S.C. **Montes Claros e o Bairro Cidade Industrial:** Retrato de um Centro Polarizador no Norte-Mineiro. 2003. 234f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2003.

- SILVEIRA, Y. M. S. C da. A territorialização da saúde no bairro Morrinhos na cidade de Montes Claros – MG. *In*: II Congresso Internacional & IV Simpósio Nacional de Geografia da Saúde. 2009, Uberlândia. **Anais.** Uberlândia, 2009. 16 p.

SOBRINHO, D. F. Ascensão e queda da República Socialista de Montes Claros. *In:* TEIXEIRA, S. F. (Org.) **Projeto Montes Claros:** Utopia Revisitada**.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

SOJA, E. W. **The politicalOrganizationof Space**. Washington, D.C: AAG Comission on College Geography, 1971.

SOUZA, M. J. L. de. O Território: Sobre Espaço e Poder - Autonomia e Desenvolvimento. *In*: CASTRO, I. E. de; GOMES, P. C. da C; CORRÊA, R. L. (Org.). **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

SOUZA, L.E.P.F. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão - Uma reflexão á partir de uma experiência concreta. *In*: **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro,v. 14 n. 3, 2009. p. 214-219.

SPRADLEY, J. P**. Participant Observation**.Orlando- Florida. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers p.196.1980.
STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília DF, 2002.

SUERTEGARAY, D. M. A. Espaço Geográfico Uno e Múltiplo. **Scripta Nova**. Barcelona, 2001, v. 93.

TANCREDI *et al.* **Planejamento em Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

TAKEDA, S. A organização dos serviços de atenção primária à saúde. In DUCAN, B.B. *et al.* **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 76- 87.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. *In*: BOSI, M.L.M.; MERCEDO, F.J. (Org.) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 121-136.

TEIXEIRA, C. F.et. al., Planejamento e Programação Situacional em Distritos Sanitários: metodologia e organização. *In:* MENDES, E. V. (org.) **Distrito Sanitário:** processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo. Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 1993.

TEIXEIRA, S. M. F.; OLIVEIRA, J. A. A. **Previdência Social**: 60 anos de história da Previdência Social no Brasil. Petrópolis: Vozes/ Abrasco, 1976.

TEIXEIRA, F. S. Montes Claros: a utopia democrática**.** *In*: TEIXEIRA, F. S. (Org.). **Projeto Montes Claros:** a utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 251-257.

TEIXEIRA, F. S. **Projeto Montes Claros:** A Utopia Revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. 262 p.

TRAD, L. A. B. et al. Estudo etnográfico de satisfação de usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1994.

TUAN, Yi-Fu. **Espaço e Lugar.** São Paulo: Difel, 1983.

TUAN, Yi-Fu. **Topofilia**: um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente. São Paulo: Difel, 1980.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: MENDES, E.V. (Org.) **Distritos Sanitários**: Processo Social de Mudanças nas Práticas Sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1999.

VALIATI, P. M. Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros (MG). **Territorialização da Unidade de Saúde da Família do bairro Morrinhos.** Montes Claros, 2008. (Equipe 3).

VALVERDE, R.R.H.F. **GEOUSP**: Espaço e Tempo. São Paulo, 2004, n. 15, p. 119-126.

VAN STRALEN, C.J. Do Projeto Montes Claros para o Sistema Único de Saúde: o hiato entre a ideologia e realizações práticas. In: TEIXEIRA, F. S. (Org.). **Projeto Montes Claros: A utopia revisada**. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1995. p. 165-191.

VIANNA, U. S. Montes Claros: breves apontamentos históricos, geographicos e descritivos. 2000. Monografia. Universidade, Belo Horizonte, 2000. 198 p. **(Boletim Informativo/Estatístico).**

VIEIRA, L. M. F.; LIMA, N. M. Concepção do coletivo, participação comunitária e transformação social pela saúde. *In:* TEIXEIRA, F. S. **Projeto Montes Claros:** utopia revisitada**.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

***Sites* Consultados**

ADENOR AGÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DA REGIÃO NORTE DE MINAS GERAIS. **Relato da experiência ADENOR**. 2011. Disponível em:<http://www.adenormg.com.br/documents/10156/dfb5c25e-d545-48c9-bf6a-f099273a62dd>. Acesso em: 03 ago. 2012.

Baricentro Mercadológico do Triângulo BH-SP-RJINDI INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO INTEGRADO DE MINAS GERAIS. Disponível em: http://www.indi.mg.gov.br/. Acesso em: 10 ago.2012.

BRASIL, Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://prosaude.org/publicacoes/guia/Guia VigEpid novo2.pdf Acesso em: 03 maio2012.

BRASIL. **Emenda Constitucional n.º 1, de 31 de março de 1992**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc01.htmAcesso em: Fevereiro 2012

BRASIL, **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 16 de Julho de 1934.** Disponível em: http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/92083/constituicao-da-republica-dos-estados-unidos-do-brasil-34#art-138. Acesso em: 05 out. 2013.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção de Saúde**. Ottawa, 1986. Disponível em: http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Otawa.pdf Acesso em: 01 fev. 2012.

CATÁLOGO Médico de Montes Claros (MG). Disponível em: http://www.catalogo.med.br/c/mg/montes-claros/ Acesso em: 10 out.2012.

CENTRO de Estudos da Convivência com o semiárido - Unimontes. Disponível em: http://www.semiarido.unimontes.br/. Acesso em: 30 abr.2012.

CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES – CUT BRASIL. **Desenvolvimento IDH x Distribuição de renda GINI.** Disponível em: http://www.cut.org.br/destaque-central/45567/desenvolvimento-idh-x-ddistribuicao-de-renda-gini. Acesso em: 30 abril 2012

COHN, A.**A reforma da previdência social**: virando a página da história? São Paulo em Perspectiva. 1995. Disponível em: http://www.cedec.org.br/files_pdf/Areformadaprevidenciasocial.pdf Acesso em: 29 mar.2012.

CONASP. 1981. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto_86329-81.pdf. Acesso em:06 maio 2012.

CONFERÊNCIA de Alma-Ata. Disponível em: http://pt.scribd.com/doc/62132279/9/%E2%80%93-A-Conferencia-de-Alma-Ata>. Acesso em: 05 maio 2012.

CORDEIRO, H. **O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS.** Physis, [periódico *on-line*], v. 2, n. 14, p. 343-362, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a09.pdf>. Acesso em: 30 maio 2012.

DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG n. 1.095 de 18 de abril de 2012. **Estabelece Critérios de Classificação e Cadastramento para as Unidades de Tratamento Intensivo.** Disponível em: http://www.doctoralia.com.br/centro-medico/prontocor+de+montes+claros-1150142. Acesso em: 01 out. 2012.

DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 1.160, DE 20 DE JUNHO DE 2012. **Aprova a Rede de Atenção às Urgências da Macrorregião Norte no âmbito do Estado de Minas Gerais. PRONTO-COR.** Disponível em: http://www.doctoralia.com.br/centro-medico/prontocor+de+montes+claros-1150142. Acesso em: 01 out. 2012.

DIÁRIO Oficial do Estado de Minas Gerais – DOEMG/Legislativo, p.16/2008. Disponível em: http://www.jusbrasil.com.br/diarios/7969723/doemg-legislativo-15-04-2008-pg-16 Acesso em: 01 jun. 2012.

ESTAÇÃO de Tratamento de Esgotos. 2010. Disponível em: http://www.copasa.com.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1771&sid=129 Acesso em: 25 maio2012.

FUNDAÇÃO DILSON GODINHO. 2012. Disponível em: <http://www.fundacaodilsongodinho.org.br/. Acesso em: 25 set. 2012.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Montes Claros, segundo entroncamento rodoviário nacional**. Disponível em:<http://www.ibs.edu.br/cidades/montes-claros/>. Acesso em: 30 jan. 2013.

FUNDAÇÃO ZERBINI. **Hierarquização e referência e contra-referência no SUS.** Disponível em: http://www.zerbini.org.br/servicos/atend_medic/atend_medic_sus_hierarq.htmAcesso em: Janeiro 2012

FUNORTE. **Hospital das Clínicas Dr. Mário Ribeiro da Silveira.** Disponível em:<http://www.funorte.com.br>. Acesso em: 06 jul. 2013.

GUIMARÃES, R. B. Saúde urbana: velho tema, novas questões. **Revista Terra Livre**. São Paulo. n.17, 2001, p.155-170. Disponível em: http://www.unit.br/LinkClick.aspx?fileticket=M%2FLCqF5mb4s%3D&tabid=1140. Acesso em: 01 fev. 2012.

HAESBAERT, R. LIMONAD, E. O território em tempos de globalização. **Etc, espaço, tempo e crítica Revista Eletrônica de Ciências Sociais Aplicadas e outras coisas.** Disponível: http://www.uff.br/etc/UPLOADs/etc%202007_2_4. pdf. Acesso em: out.2013

HISTEDBR. **Glossário:** Medicalização. Disponível em:http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/glossario/verb_c_medicalizacao.htm>. Acesso em: Janeiro 2012

HOLZER, W. Memórias de Viajantes: paisagens e lugares de um novo mundo, **Revista GEO*graphia***. Ano. II n.3, 2000, p.111-122. Disponível em: www.portalseer.ufba.br/index.php/cadgeoc/article/view/3768/2741. Acesso em: 02 fev. 2012.

HOSPITAL ALPHEU DE QUADROS. Disponível em:<http://www.agenciaminas.mg.gov.br/noticias/montes-claros-inicia-classificacao-de-risco-nas-unidades-de-saude/>. Acesso em: 11 out. 2012.

HOSPITAL AROLDO TOURINHO. Disponível em:<http://www.aroldotourinho.com.br/>. Acesso em: 02 out.2012.

HOSPITAIS EM MONTES CLAROS - MINAS GERAIS. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br . Acesso em: 01 out. 2012.

HOSPITAL SANTA CASA EM MONTES CLAROS. Disponível em:<http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Profissional.asp?VCo_Unidade=3143302149990> Acesso em: 20 set. 2012.

IAPI: Fator de Incentivo para Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena. Disponível em:<http://www.funai.gov.br/ultimas/Informe%20seii/2003/0121-2003.htmAcesso em: 02 out.2012.

IBGE CIDADES. 2000. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidadesat/>. Acesso em: 30 maio 2012.

IBGE CIDADES. 2006. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidadesat/>. Acesso em: 30 maio 2012.

IBGE CIDADES. 2008. Disponível em:<www.ibge.gov.br/cidadesat/>Acesso em: 30 maio 2012.

IBGE CIDADES. 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidadesat/> Acesso em: 30 maio 2012.

IBGE. **Regiões de Influência das Cidades.** 2008. Disponível em:<www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php>. Acesso em: 01 Jul. 2012.

IFNMG INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO NORTE DE MINAS GERAIS - CAMPUS MONTES CLAROS. 2012.
Disponível em: <http://www.ifnmg.edu.br/montesclaros>. Acesso em: 30 maio 2012.

MARÇAL, F. **Vista parcial aérea da cidade Montes Claros-MG** Disponível em: http://www.montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectosgerais/Galeria%20Fotos%202009/cidade/index.htm. Acesso em 01 Dez. 2012.

MATRÍCULAS no Ensino Superior em Montes Claros e Norte de Minas Gerais 2000-2009. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP/MEC. Disponível em:<www.inep.gov.br/>. Acesso em: 01 jun.2012.

MEDICALIZAÇÃO. Disponível em: <http://www.histedbr.fae.unicamp.br>. Acesso em: 30 abr. 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Curso de Extensão Transferência de Recursos – Módulo Geicom. **Material de Referência.** Unidade 2: Saúde em Casa**.** Belo Horizonte/MG.2011. Disponível em:<http://pt.scribd.com/doc/75221666/Projeto-Saude-Em-Casa>. Acesso em: 03 fev. 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2008-2011**. Belo Horizonte: SES/MG, 2008. Disponível em:<www.saude.mg.gov.br>. Acesso em: 02 fev. 2012.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 239-262, jul./set. 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>. Acesso em: 07 de jul.2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. REGISTRO Eletrônico em Saúde. 2012. **Cartilha sobre Prontuário Eletrônico**. Disponível em: http://cfo.org.br/todas-as-noticias/lancada-cartilha-sobre-prontuario-eletronico-e-certificacao-de-sistemas-de-registro-eletronico-de-saude/. Acesso em: 02 jun.2012.

MONKEN, M. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância da saúde.** 2003. 170f. Dissertação (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em:<http://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/monkenmd.pdf>. Acesso em: 24 set.2011.

MONTES CLAROS. **A cidade**. 2010. Disponível em:<http:/www.montesclaros.mg.gov.br/>. Acesso em: 16 out. 2012.

MONTES CLAROS, Assessoria de Comunicação - ASCOM-PMMC. **18ª FENICS CEREST orienta trabalhadores durante a feira.** Disponível em: http://www.montesclaros.mg.gov.br/agencia_noticias/2013/set-13/not_06_09_13_0985.php. Acesso em: 16 nov. 2013.

MONTES CLAROS. **Prefeitura Municipal/Secretaria Municipal de Educação** 2012. Disponível em: <http://www.montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectos_gerais.htm>. Acesso em: 28 maio 2012.

MONTES CLAROS. **Prefeitura Municipal/Secretaria Municipal de Educação Divisão de Gestão de Pessoal.** 2012. Disponível em: <http://www.montesclaros.mg.gov.br/educacao/editais/2011/designa-vagas-16-03-11/PEB%20I%20-%20CEMEI%20SBT%20P%20I%2014%2003.pdf>. Acesso em: 28 maio 2012.

MONTES CLAROS. **ESFs de Montes Claros irão adotar Protocolo de Manchester no atendimento a pacientes**. Disponível em: http://jornalmontesclaros.com/2013/07/30/montes-claros-esfs-de-montesclaros-irao-adotar-protocolo-de-manchester-no-atendimento... Acesso em: 30 jul. 2013

NÚMERO de Médicos em Montes Claros por Especialidades. Disponível em:<http://www.catalogo.med.br/c/mg/montes-claros/>. Acesso em: 01 out. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Atenção Primária. **OPAS - Renovação da Atenção Primária nas Américas.** Disponível em:<http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/cd46-13-p.pdf>. Acesso em: 03 maio 2012.

O TEMPO. **Suspeitos de tráfico de drogas são detidos em Montes Claros.** Disponível em:<http://www.otempo.com.br/cidades/suspeitos-de-tr%C3%A1fico-de-drogas-s%C3%A3o-detidos-em-montes-claros-1.487155>. Acesso em: 10 de ago. de 2012.

PAIM, J.S. **Ações Integradas de Saúde (AIS):** por que não dois passos atrás. In: Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, n.2, 1986. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csp/v2n2/v2n2a05.pdf>. Acesso em: 28maio 2012.

PAIM, J. S. **Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta - saúde para todos no ano 2000**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1998.(Série estudos em saúde coletiva, n. 175). Disponível em:<http://www.ims.uerj.br/sesc/numeros/printed/pdf/SESC175.pdf>. Acesso em: 29 maio2012.

PEREIRA, F. M.; LEMOS. M. B. **Política de Desenvolvimento para cidades médias mineiras.** 2004. p. 1-28. Disponível em: <www.bdmg.mg.gov.br>. Acesso em: 03 fev. 2012.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O Território no Programa de Saúde da Família. Revista **Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. Uberlândia, v. 2, n. 2, 2006. p. 47-55. Disponível em:<www.hygeia.ig.ufu.br>. Acesso em: 01 fev. 2012.

PNUD. Brasil - **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.** Disponível em: <www.pnud.org.br/.> Acesso em: 03maio 2012.

PNUD. Brasil - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.**Atlas de Desenvolvimento Humano.**2000.Disponível em:<www.**pnud**.org.br/.>. Acesso em: 03maio 2012.

POLICLÍNICAS de Montes Claros. Disponível em:<http://www.telelistas.net/templates/resultado_busca.aspx?q=policlinicas%2BMontes+Claros&orgm=8&cod_localidade=31496&cod_bairro=&atividade=policlinicas&nome=&uf_busca=mg&pch_localidade_select=31496&pch_bairro_select=&x=0&y=0>. Acesso em: 13 out. 2012.

PRONTO-COR. Disponível em: http://www.doctoralia.com.br/centro-medico/prontocor+de+montes+claros-1150142>. Acesso em: 01 out. 2012.

PRONTOMENTE: **Atendimentos pelo SUS estão suspensos há quase 10 dias.** Disponível em:<http://in360.globo.com/mg/noticias.phb?id=18047>. Acesso em: 02 fev. 2013.

PRONTOMENTE aguarda complementação de verba que não foi repassada pela Prefeitura. 15 abr. 2010. Disponível em:<http://www.onorte.net/noticias.php?id=27219>. Acesso em: 02 out.2012.

PORTAL DA SAÚDE. **Prêmio Galba de Araújo.** Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25412>. Acesso em: 20 maio 2012.

PORTAL DA SAÚDE. **Pacto pela Saúde.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br//saúde/profissional/área.cfm?idarea=1021> Acesso em: 20 dez. 2012.

PRONTOCOR. Disponível em:<http://www.doctoralia.com.br/centro-medico/prontocor+de+montes+claros-1150142>. Acesso em: 02 out. 2012

RAMIRES, J. C. L; RODRIGUES, M. J. **Programa Saúde da Família: Uma perspectiva de análise geográfica**. Caminhos da Geografia. Uberlândia, v. 9, n. 27, p. 48-55, set. 2008. Disponível em: http://www.seer.ufu.br/index.php/caminhosdegeografia/article/view/10580/6299>Acesso em: 02 fev. 2012.

RENASCE BRASIL. **Aposentadoria e Previdência Social**. Disponível em:<http://www.renascebrasil.com.br/f_aposentadoria2.htm>.Acesso em: Fevereiro 2013.

SANTA CASA. **Hospital do Trauma da Santa Casa de Montes Claros.** Disponível em:<http://www.santacasamontesclaros.com.br/index.php/imprensa/detalhe/4>. Acesso em: 01 jul. 2013.

SANTOS, M. **Relações espaço-temporais no mundo subdesenvolvido**. São Paulo. 1976.(Seleção de textos AGB 1). Disponível em:<http://miltonsantos.com.br/site/de-milton-santos/>. .Acesso em: 25 mar. 2012.

SILVA, C. B. da; RAMIRES, J. C. de L. Regionalização da Saúde em Minas Gerais: Algumas Reflexões Críticas. **Hygeia**. Uberlândia, v. 6., n. 11, dez. 2010. p. 60-79. Disponível em:<www.hygeia.ig.ufu.br/include/getdoc.php?id=843&article...> Acesso em: 03 fev. 2012.

SOUSA, P.L.R. TILLMANN, I.A. HORTA, C.L. OLIVEIRA, F.M. **A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação. Psiquiatria na prática médica.** v.34, número 4, p.8, 2001/2002. Disponível em: http://www.bompiani.com.br/espiritualidade.php Acesso em: Julho 2013.

SUDENE. **Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste**. Disponível em:<http://www.sudene.gov.br/conteudo/download/Semi-arido-MG.pdf>. Acesso em: 03 maio 2012.

TRAD, L. A. B. *et al*.Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia**. Ciência & Saúde Coletiva.** Salvador, 2002, v. 7, n. 3, p. 581-589. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13034.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2012.

TELELISTANET. **Lista Telefônica.** Disponível em: <http://www.telelistas.net/mg/montes+claros>. Acesso em: 16 out. 2012.

UNIFICADO. **AI-5: o mais cruel dos Atos Institucionais**. Disponível em: <http://www.unificado.com.br/calendario/12/ai5.htm>. Acessoem: Dezembro 2012.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **Human Development Report**: Human Development to Eradicate Poverty. New York: United Nations Development Programme. 1997. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr1997/chapters/>. Acesso em 21 ago. 2012.

VIII Conferência Nacional de Saúde 1986. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124. Acesso em: 06maio 2012.

Acervos de Jornais e Boletins Informativos de Montes Claros

O Jornal do Norte de 16 de fevereiro de 1982.
Jornal Gazeta do Norte de 11 de junho de 1950.
Jornal “O Diário de Montes Claros” de 26/05/1988.
Jornal “Hoje em Dia- Seção Minas” de 18/05/2008.
Jornal “O Norte” do dia 15/04/2010.
Jornal “Secretária de Comunicação Social/ Minas Gerais-SECOM” de 18/12/2012.
Boletim Informativo PMMC do dia 15/05/2012.
Jornal “O Tempo” de 29/07/2010- Suspeitos de tráfico de drogas são detidos em Montes Claros.

Entrevistas Diretas Procedidas (assuntos diversos)

1- Projeto Montes Claros – PMC:

1.1- Profissional médico que participou do Internato Rural. Dia 08/08/2012.
1.2- Técnica em Saúde, Hospital Santa Terezinha (aposentada). Dia 08/08/2012.
1.3- Especialista em Política de Saúde Pública: José Alves de Almeida. Dia 25/09/2012
1.4- Técnico em Datilografia da Prefeitura Municipal de Montes Claros (aposentado). Dia 26/09/2012
1.5- Motorista da Prefeitura Municipal de Montes Claros (aposentado). Dia 26/09/2012
1.6- Auxiliar de Saúde que viveu a transição do PMC para o SUS em Montes Claros. Dia 27/09/2012.

2- Referência e Contrarreferência

2.1- Especialista de nível superior em Saúde Pública, Bucal e Atenção Primária da Superintendência Regional de Saúde em Montes Claros. Dia 25/10/2012.

3- SAMU

3.1- Professor de nível Superior IV da Universidade Estadual de Montes Claros. Dia 27/10/2012.

4- Estratégia Saúde da Família

4.1- Médico preceptor do PSF em Montes Claros, hoje secretário adjunto da Atenção Primária. Dia 08/02/2013.
4.2- Enfermeira coordenadora da Atenção Primária em Montes Claros, gestão 2013-2016. Dia 18/02/2013.

APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice 01	Roteiro Entrevista - Usuário	455
Apêndice 02	Roteiro Entrevista – Técnicos de Saúde – ESF	459
Apêndice 03	Secretário Adjunto de Atenção Primária da Prefeitura Municipal de Montes Claros (2013-2016)	461
Apêndice 04	Profissional que participou do internato rural como estudante de Medicina da FUNM	462
Apêndice 05	Aposentada do antigo Hospital Santa Terezinha em Montes Claros	463
Apêndice 06	O senhor José Alves de Almeida, o qual no período do PMC foi um dos supervisores (1974). É especialista em Políticas de Saúde Pública, funcionário da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros.	464
Apêndice 07	Aposentado que trabalhava no período do PMC, como técnico de datilografia do Departamento de Saúde da Prefeitura Municipal de Montes Claros	465
Apêndice 08	Profissional que participou como motorista no período do Projeto Montes Claros.	466
Apêndice 09	Auxiliar de saúde que trabalhou no processo de transição para o SUS.	467
Apêndice 10	Enfermeira coordenadora da Atenção Primária em Montes Claros, gestão 2013-2016.	468
Apêndice 11	Técnica em saúde de nível superior, especialista em Saúde Pública, Bucal e em Atenção Primária da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros.	469
Apêndice 12	Usuário do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, professor do Ensino Superior na cidade de Montes Claros e que por duas vezes, teve familiares atendidos pelo Sistema.	470
Apêndice 13	Antigo morador do bairro Morrinhos, nascido e criado no referido bairro, que durante a pesquisa foi solicitado a contar a história do bairro	471
Anexo I	ATA DA PRIMEIRA REUNIÃO DO FÓRUM DE	472

	ENTIDADES COMUNITÁRIAS DO BAIRRO MORRINHOS	
Anexo II	Quadro 08: Módulo Profissional de Médicos Especialistas - Hospital Santa Casa de Montes Claros- 2012	476
Anexo III	Quadro 09: Módulo Profissional - Hospital Santa Casa de Montes Claros- 2012	477
Anexo IV	Quadro 10: Módulo Profissional - Hospital Santa Casa de Montes Claros- 2012	478
Anexo V	Quadro 07: Principais Serviços e Modalidades- Hospital Santa Casa	479
Anexo VI	Quadro 11: Projetos em Saúde/Unimontes/HUCF com foco na Atenção Primária.	481
Anexo VII	Quadro 23: Número de Médicos em Montes Claros por Especialidades	483
Anexo VIII	Quadro 24: Serviços de Saúde Contratados pelo Município de Montes Claros	484
Anexo IX	Quadro 25: Atendimentos do SAMU 192 Municípios da Macro Norte-MG – Janeiro a Dezembro de 2011	486
Anexo X	CARTA DA ASSOCIAÇÃO AO VEREADOR DA CÂMARA MUNICIPAL MARCOS NEM	489
Anexo XI	CARTA DA ASSOCIAÇÃO À CEMIG: ILUMINAÇÃO NA RUA DOS FERROVIÁRIOS	490
Anexo XII	CARTA DA ASSOCIAÇÃO À SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNANÇA SOLIDÁRIA	491
Anexo XIII	PLANTA BAIXA DO 1º E 2º PISO PREVISTA PARA A CONSTRUÇÃO DA UBS MORRINHOS	492
Anexo XIV	PRIMEIRO ROTEIRO DE ENTREVISTAS A SEREM APLICADAS NO PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO NO BAIRRO MORRINHOS (2006)	493
Anexo XV	ROTEIRO DE ENTREVISTA A SER APLICADO NO MORRINHOS I (2008)	496
Anexo XVI	ROTEIRO DE ENTREVISTA A SER APLICADO NO MORRINHOS III (2008)	498
Anexo XVII	MATRIZ PARA LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO E RESPECTIVAS FONTES DE	502

COLETA

Anexo XVIII DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PARA A CONSTRUÇÃO DA UBS 503

Anexo XIX CARTA AO PREFEITO DE MONTES CLAROS SOLICITANDO CONTRUÇÃO DA UBS MORRINHOS 504

Anexo XX OFÍCIO AO VICE-PREFEITO SUED BOTELHO: ASSUNTO UBS MORRINHOS 506

Anexo XXI DECRETO DA CONSTRUÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE DO BAIRRO MORRINHOS 507

Anexo XXII SUGESTÕES DA ASSOCIAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DA UBS MORRINHOS 508

APÊNDICE 01
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

ROTEIRO ENTREVISTA - USUÁRIO

1- DADOS PESSOAIS DO USUÁRIO

Nome:_____

Endereço: _____

Idade:_____ Escolaridade:_____ Renda: _____

ESF/UBS:_____MICROÁREA:_____

MESOAREA: ( ) MORRINHOS I; ( ) MORRINHOS II; ( ) MORRINHOS III

2- EM RELAÇÃO AO PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO

2.1- Qual foi sua participação no processo de territorialização da saúde no bairro Morrinhos?

_____
_____
_____

2.2- Você sabe informar se a comunidade foi convidada a participar do processo de territorialização?

_____
_____
_____

2.3- Além da Secretaria Municipal de Saúde, quais foram os outros órgãos participantes deste processo de territorialização?

_____
_____
_____

2.4- No período da divisão do território da saúde do bairro Morrinhos, os entrevistadores foram na maioria moradores do bairro?

( ) Sim
( ) Não
( ) Não sabe

2.4.1- Quem ofereceu suporte aos entrevistadores?

_____
_____
_____

APÊNDICE 01
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

2.5- Quando entrevistada a comunidade explicou para o entrevistador sobre as dificuldades sanitárias existentes no bairro?
( ) Sim
( ) Não
( ) Não sabe
2.6- Quais os recursos utilizados para o processo de territorialização do bairro Morrinhos?
( ) Mapeamento ( ) Contagem de pessoas
( ) Aspectos Sanitários ( ) Aspectos físicos ou Geográficos (Linha Férrea)
( ) (Re)divisão da área de abrangência em microáreas ( ) Não sabe.
2.7- Mesmo sabendo das dificuldades físicas e sociais do bairro Morrinhos, você gosta de residir neste local?
( ) Sim
( ) Não
Por quê? _____
_____

3- EM RELAÇÃO À UNIDADE BASICA DE SAÚDE - UBS

3.1- Qual a importância desta UBS para a comunidade dos Morrinhos?
_____
_____
_____
3.2- Você já utilizou ou tem utilizado os serviços UBS?
( ) Sim
( ) Não
Para quê?_____
_____

4- EM RELAÇÃO AO ACESSO

4.1- Para você, a localização da UBS é distante da sua moradia?
( ) Sim
( ) Não

4.2- Há algum obstáculo entre sua residência e a UBS (avenidas, áreas de declive do Morro, faltam passeios, falta de segurança)?
( ) Avenidas e ruas movimentadas
( ) Áreas de declive do Morro
( ) Falta de passeios
( ) Falta de segurança
( ) Falta de transporte e acompanhante
( ) Outros _____

APÊNDICE 01
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica
Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

4.3- Qual sua opinião com relação à marcação das consultas?
_____
_____

4.4- Como é sua relação com os profissionais de Saúde da UBS?
( ) Ótima
( ) Boa
( ) Regular
( ) Ruim

4.5- Você considera a Equipe suficiente para a Atenção à Saúde de todas as pessoas cadastradas na UBS?
( ) Sim
( ) Não
Por quê? _____
_____

4.6- Como você considera o funcionamento interno da Unidade Básica de Saúde (organização dos serviços, forma e horário de atendimento, acolhimento etc)?
( ) Ótimo
( ) Bom
( ) Regular
( ) Ruim

5- EM RELAÇÃO AOS ASPECTOS SÓCIO-POLÍTICOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

5.1- Você acha que os serviços da Unidade Básica de Saúde atendem suas necessidades na saúde?
( ) Sim
( ) Não
Por quê? _____
_____

5.2- Você acha que os profissionais da Unidade Básica de Saúde deveriam residir prioritariamente na comunidade?
( ) Sim
( ) Não
Por quê? _____
_____

APÊNDICE 01
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

5.3- Para você, qual a importância da participação dos usuários na fiscalização e controle das políticas de saúde?

_____
_____
_____

5.4- Em que o poder público e UBS poderiam realizar para melhorar o acesso na Atenção à Saúde da unidade Morrinhos?

_____
_____
_____

APÊNDICE 02
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

ROTEIRO ENTREVISTA – TÉCNICOS DE SAÚDE – ESF

1- DADOS PESSOAIS DO TÉCNICO

Nome:_____

Endereço: _____

Idade:_____Escolaridade:_____ESF/UBS:_____

Área de Atuação_____

( )MORRINHOS I; ( ) MORRINHOS II; ( ) MORRINHOS III ( ) TODAS

2- EM RELAÇÃO AO PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO

2.1- Qual foi sua participação no processo de territorialização da saúde no bairro Morrinhos?

_____
_____
_____

2.2- Você sabe informar se a comunidade foi convidada a participar do processo de territorialização?

_____
_____
_____

2.3- Além da Secretaria Municipal de Saúde, quais foram os outros órgãos participantes deste processo de territorialização?

_____
_____
_____

2.4- No período da divisão do território da saúde do bairro Morrinhos, os entrevistadores foram na maioria moradores do bairro?

( ) Sim
( ) Não
( ) Não sabe

2.4.1- Ou tinha algum morador oferecendo suporte aos entrevistadores?
( ) Sim
( ) Não
( ) Não sabe
Quem_____

APÊNDICE 02
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

2.5- Quando entrevistada a comunidade explicou para o entrevistador sobre as dificuldades sanitárias existentes no bairro?
( ) Sim
( ) Não
( ) Não sabe

2.6- Quais os recursos utilizados para o processo de territorialização do bairro Morrinhos?

( ) Mapeamento ( ) Contagem de pessoas
( ) Aspectos Sanitários ( ) Aspectos físicos ou Geográficos (Linha Férrea)
( ) (Re)divisão da área de abrangência em microáreas ( ) Não sabe.

2.7- Você tem encontrado algumas dificuldades para realizar o seu trabalho?

( ) Acesso ao bairro e residência.
( ) Insegurança.
( ) Incompatibilidade dos seus horários com os horários dos usuários.
( ) Questões de políticas públicas.
( ) Relacionamentos no trabalho.
( )Relacionamento com o usuário.
( ) Falta de estrutura e material de apoio.
( ) Outros.

2.8- Mesmo sabendo das dificuldades físicas- sociais do bairro Morrinhos, você gosta de trabalhar neste local?
( ) Sim
( ) Não

Por quê? _____
_____

3- CONSIDERAÇÕES DO TÉCNICO ENTREVISTADO

_____
_____
_____
_____
_____
_____

APÊNDICE 03
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

Secretário Adjunto de Atenção Primária da Prefeitura Municipal de Montes Claros (2013-2016)

1. Qual foi a metodologia usada na implantação no PSF da área adstrita das ESFs do bairro Morrinhos?

2. Quais as dificuldades encontradas no processo? E quais os ganhos?

APÊNDICE 04
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

Profissional que participou do internato rural como estudante de Medicina da FUNM

1. A Faculdade de Medicina/FUNM estendeu os estágios dos discentes para alguns municípios norte-mineiros. Relate como foi sua experiência no local em que trabalhou a partir do internato rural.

APÊNDICE 05
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira
Aposentada do antigo Hospital Santa Terezinha em Montes Claros

1. Discorra sobre o trabalho de Técnico em Saúde por você executado no antigo Hospital Santa Terezinha no período do Projeto Montes Claros.

APÊNDICE 06
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

O senhor José Alves de Almeida, o qual no período do PMC foi um dos supervisores (1974). É especialista em Políticas de Saúde Pública, funcionário da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros.

1. Comente sobre o que existia de concreto na saúde regional antes do Projeto Montes Claros.

2. Qual foi à primeira proposta do Projeto Montes Claros para a saúde regional.

3. Como se executou e construiu o planejamento para as ações de saúde do PMC?

4. De quem era a responsabilidade com a manutenção da saúde no Norte de Minas?

APÊNDICE 07
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

Aposentado que trabalhava no período do PMC, como técnico de datilografia do Departamento de Saúde da Prefeitura Municipal de Montes Claros

1. Comente sobre sua percepção a respeito das dotações orçamentárias para a saúde na época do PMC.

APÊNDICE 08
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

Profissional que participou como motorista no período do Projeto Montes Claros.

1. Comente sobre suas viagens aos municípios do Norte de Minas para a ampliação dos serviços de saúde na região

APÊNDICE 09
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

Auxiliar de saúde que trabalhou no processo de transição para o SUS.

1. Comente sobre as adequações efetuadas no processo de transição do PMC para o SUS

2. E dentre as adequações, quais foram os ajustamentos para o SUS?

APÊNDICE 10
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

Enfermeira coordenadora da Atenção Primária em Montes Claros, gestão 2013-2016.

1. Discorra sobre a implantação do PSF em Montes Claros

2. Como ocorreu a ampliação das ESFs nos anos após à implantação?

APÊNDICE 11
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

Técnica em saúde de nível superior, especialista em Saúde Pública, Bucal e em Atenção Primária da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros.

1. Qual é a importância do Sistema de Referência e Contrarreferência nas praticas da Saúde?

2. Comente sobre o processo de Referência exemplificando, a respeito do mesmo.

3. Explique o processo de Contrarreferência e exemplifique.

4. Relate sobre o seu conhecimento na Região Ampliada Norte e como o processo acontece na prática.

5. Existem dificuldades na Região Ampliada Norte, no que diz respeito à Média e Alta complexidade?

APÊNDICE 12
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

Usuário do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, professor do Ensino Superior na cidade de Montes Claros e que por duas vezes, teve familiares atendidos pelo Sistema.

1. Comente sobre o seu grau de satisfação na prestação dos serviços de atendimento do SAMU

2. E quanto à recepção nos hospitais, como ocorreram?

APÊNDICE 13
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

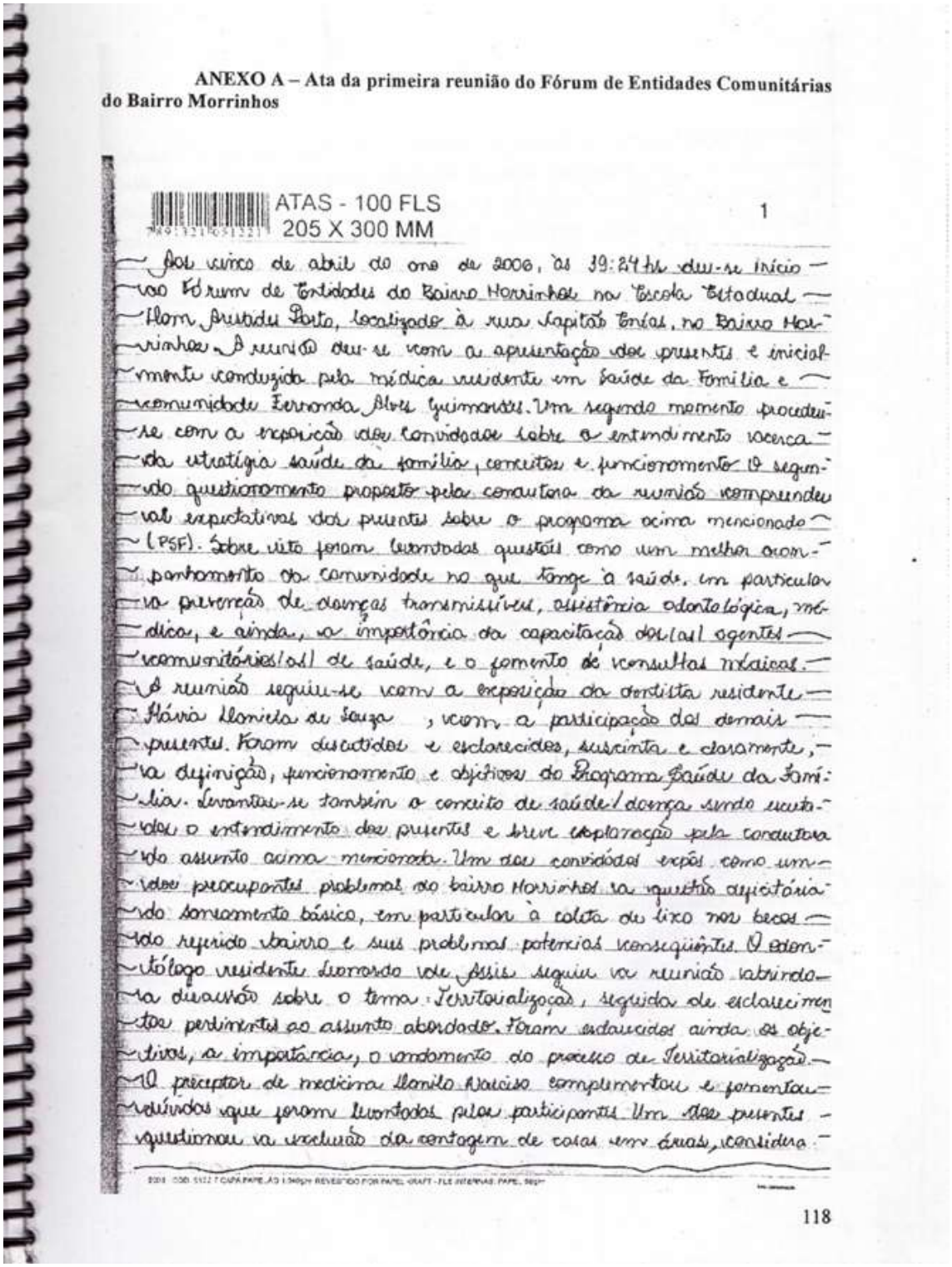
Antigo morador do bairro Morrinhos, nascido e criado no referido bairro , que durante a pesquisa foi solicitado a contar a história do bairro

1. Conte o que conhece a respeito da história do bairro Morrinhos, pois fomos informados que o senhor nasceu e foi criado neste bairro.

ANEXO I
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

ATA DA PRIMEIRA REUNIÃO DO FÓRUM DE ENTIDADES COMUNITÁRIAS DO BAIRRO MORRINHOS



ANEXO A – Ata da primeira reunião do Fórum de Entidades Comunitárias do Bairro Morrinhos

ATAS - 100 FLS
205 X 300 MM

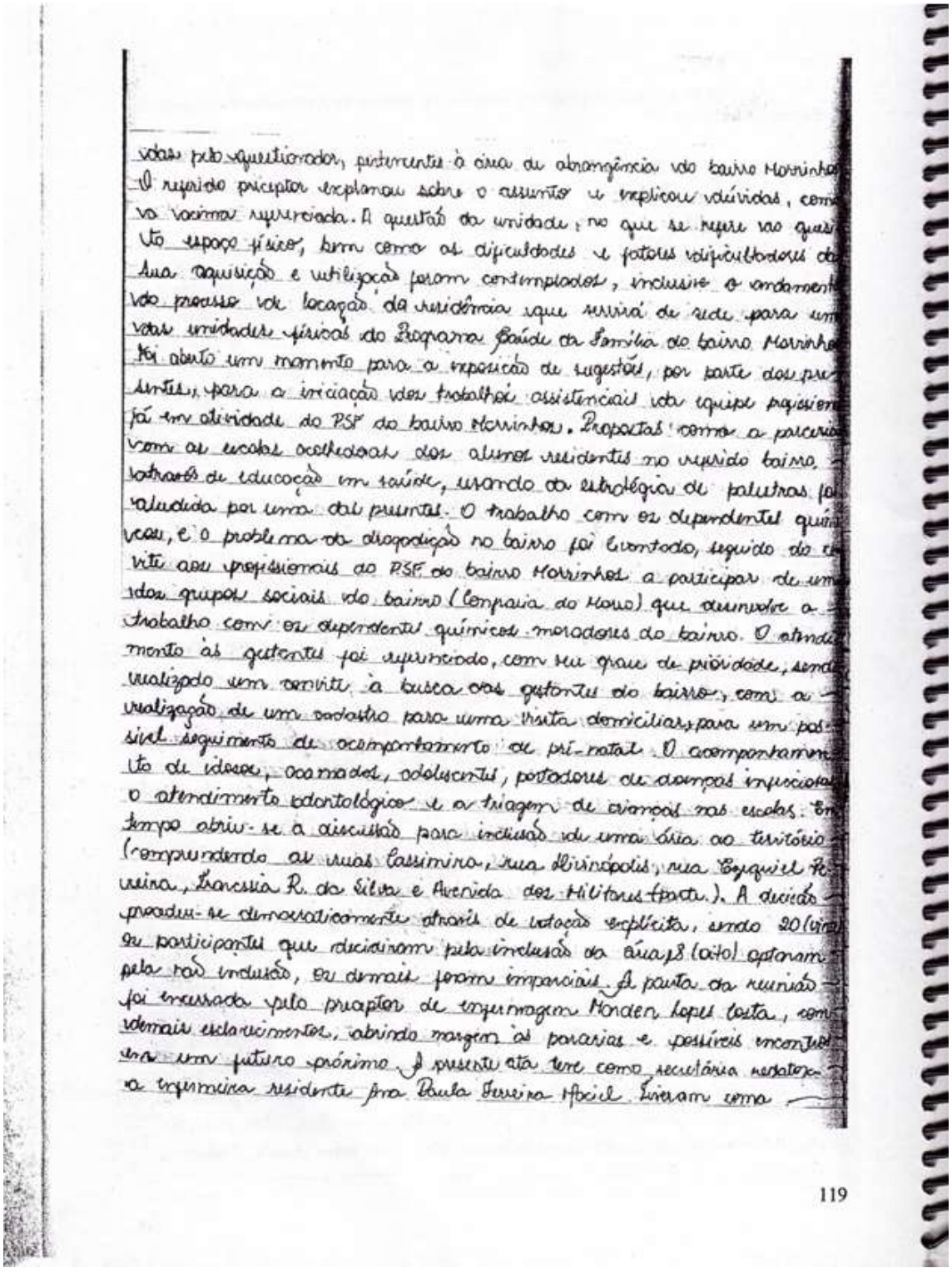
1

Aos cinco de abril do ano de 2006, às 19:24 hs deu-se início ao Fórum de Entidades do Bairro Morrinhos na Escola Estadual Hom Aristides Porto, localizada à rua Capitão Enias, no Bairro Morrinhos. A reunião deu-se com a apresentação dos presentes e inicialmente conduzida pela médica residente em Saúde da Família e comunidade Fernanda Alves Guimarães. Um segundo momento procedeu-se com a explicação dos convidados sobre o entendimento acerca da estratégia saúde da família, conceitos e funcionamento. O segundo questionamento proposto pela condutora da reunião compreendeu as expectativas dos presentes sobre o programa acima mencionado (PSF). Sobre isto foram levantadas questões como um melhor acompanhamento da comunidade no que tange à saúde, em particular na prevenção de doenças transmissíveis, assistência odontológica, médica, e ainda, a importância da capacitação dos(as) agentes comunitários(as) de saúde, e o fomento de consultas médicas. A reunião seguiu-se com a exposição da dentista residente Flávia Daniela de Souza, com a participação dos demais presentes. Foram discutidos e esclarecidos, sucinta e claramente, a definição, funcionamento e objetivos do Programa Saúde da Família. Levantou-se também o conceito de saúde/doença sendo sucitado o entendimento dos presentes e breve exploração pela condutora do assunto acima mencionado. Um dos convidados expôs como um dos preocupantes problemas do bairro Morrinhos a questão deficitária do saneamento básico, em particular à coleta de lixo nas becas do referido bairro e suas problemas potenciais conseqüentes. O odontólogo residente Leonardo de Assis seguiu a reunião abrindo a discussão sobre o tema Territorialização, seguida de esclarecimentos pertinentes ao assunto abordado. Foram esclarecidos ainda os objetivos, a importância, o andamento do processo de Territorialização. O preceptor de medicina Danilo Narciso complementou e fomentou questionamentos que foram levantados pelos participantes. Um dos presentes questionou a exclusão da contagem de casas em áreas, considera-

118

ANEXO I
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

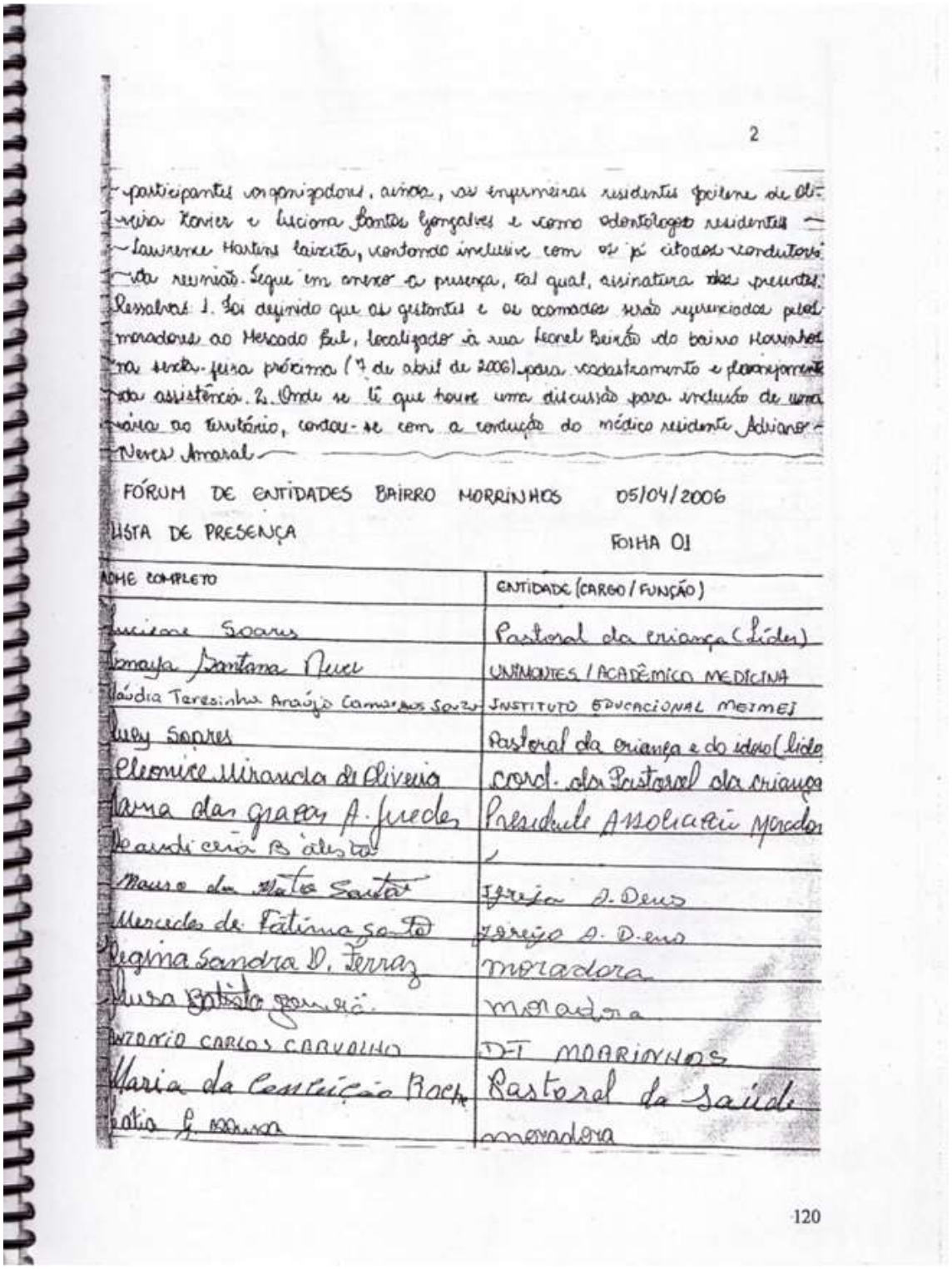


vdas pelo questionador, pertinentes à área de abrangência do bairro Morrinhos. O referido preceptor explanou sobre o assunto e explicou dúvidas, como a vacina supracitada. A questão da unidade, no que se refere ao quesito espaço físico, bem como as dificuldades e fatores dificultadores da sua aquisição e utilização foram contemplados, inclusive o andamento do processo de locação da residência que servirá de sede para uma das unidades físicas do Programa Saúde da Família do bairro Morrinhos. Foi aberto um momento para a exposição de sugestões, por parte dos presentes, para a iniciação dos trabalhos assistenciais da equipe profissional já em atividade do PSF do bairro Morrinhos. Propostas como a parceria com as escolas acolhedoras dos alunos residentes no referido bairro, através de educação em saúde, usando da estratégia de palestras foi aludida por uma das presentes. O trabalho com os dependentes químicos, e o problema da drogadição no bairro foi levantado, seguido da visita aos profissionais do PSF do bairro Morrinhos a participar de um dos grupos sociais do bairro (Companhia do Horto) que envolve o trabalho com os dependentes químicos moradores do bairro. O atendimento às gestantes foi requisitado, com seu grau de prioridade, sendo realizado um convite à busca das gestantes do bairro, com a realização de um cadastro para uma visita domiciliar, para um possível seguimento de acompanhamento de pré-natal. O acompanhamento de idosos, acamados, adolescentes, portadores de doenças infecciosas, o atendimento odontológico e a triagem de diabéticos nas escolas. Em tempo abriu-se a discussão para inclusão de uma área ao território (compreendendo as ruas Cassimiro, rua Hirinópolis, rua Ezequiel Pereira, Francisca R. da Silva e Avenida dos Hilários (parte.). A decisão procedeu-se democraticamente através de votação explícita, sendo 20 (vinte) os participantes que decidiram pela inclusão da área, 8 (oito) optaram pela não inclusão, os demais foram imparciais. A pauta da reunião foi traçada pelo preceptor de enfermagem Hondem Lopes Costa, com demais esclarecimentos, abrindo margem às parcerias e possíveis encontros em um futuro próximo. A presente ata terá como secretária redatora a enfermeira residente Ana Paula Ferreira Abdel Líveram Lima

119

ANEXO I
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira



2

participantes organizadores, a nova, as enfermeiras residentes Poliane de Oliveira Xavier e Luciana Santos Gonçalves e como odontologista residente Lawrence Martins Loiola, contando inclusive com os já citados condutores da reunião. Segue em anexo a presença, tal qual, assinatura das presentes. Ressalvas: 1. Foi definido que as gestantes e as acamadas serão agendadas pelas moradoras ao Mercado Sul, localizado à rua Henrique Bernardo do bairro Morrinhos na sexta-feira próxima (7 de abril de 2006) para cadastramento e planejamento da assistência. 2. Onde se lê que houve uma discussão para inclusão de uma área ao território, leia-se com a redução do médico residente Adriano Neves Amaral.

FÓRUM DE ENTIDADES BAIRRO MORRINHOS 05/04/2006

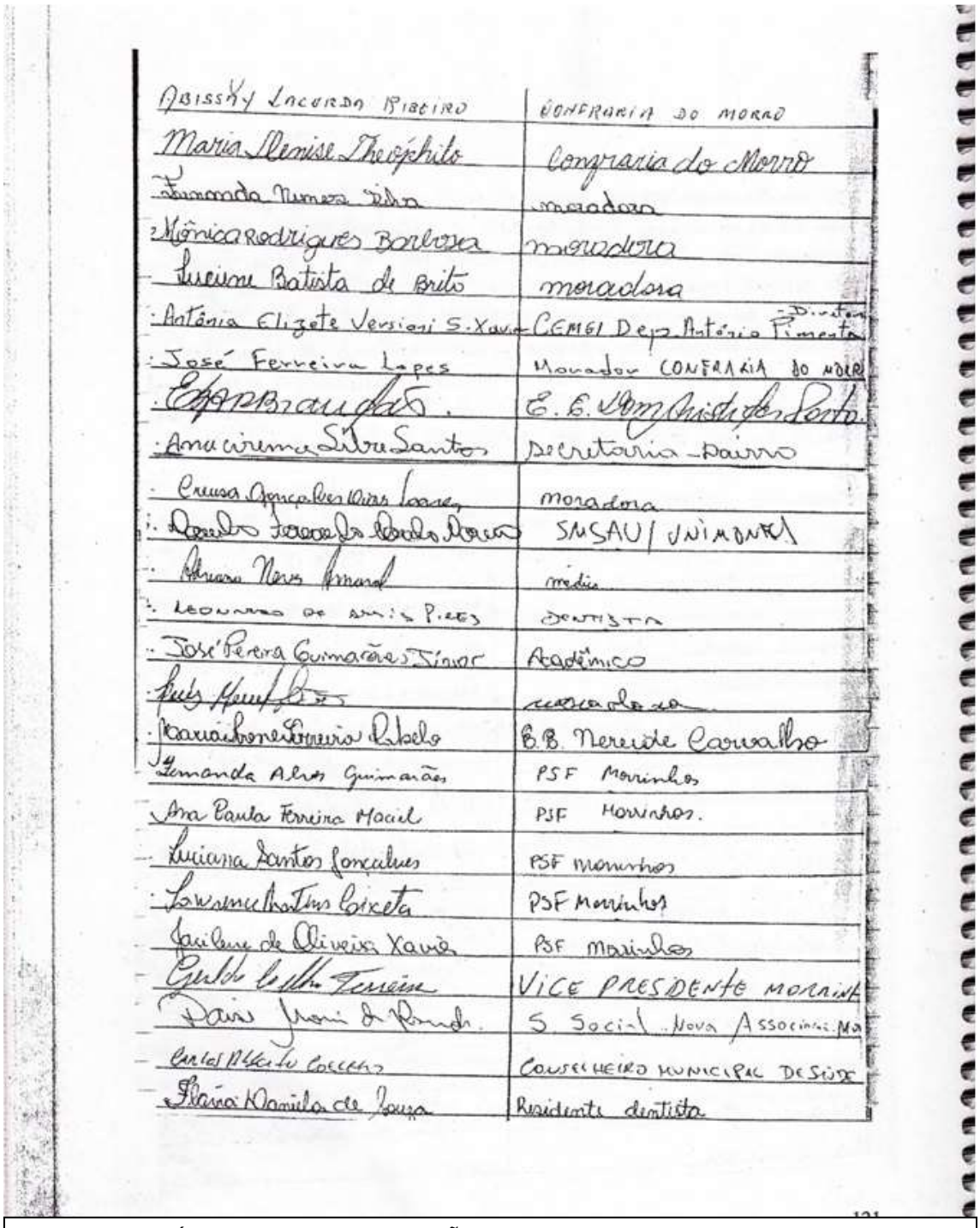
LISTA DE PRESENÇA FOLHA 01

NOME COMPLETO	ENTIDADE (CARGO / FUNÇÃO)
Luciene Soares	Pastoral da criança (Líder)
Tamaya Santana Reis	UNIMONTES / ACADÊMICO MEDICINA
Cláudia Teresinha Araújo Camargos Souza	INSTITUTO EDUCACIONAL MEIMEI
Ruby Soares	Pastoral da criança e do idoso (líde
Eleonice Miranda de Oliveira	coord. da Pastoral da criança
Maria das Graças A. Guedes	Presidente Associação moradores
Leandro Cerqueira Batista	/
Maura da Mata Santos	Igreja A. Deus
Mercedes de Fátima Santos	Igreja A. Deus
Regina Sandra D. Terraz	moradora
Luisa Batista Ferreira	moradora
ANTONIO CARLOS CARVALHO	DT MORRINHOS
Maria da Conceição Rocha	Pastoral da Saúde
Katia G. Moura	moradora

120

ANEXO I
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira



ABISSAY LACERDA RIBEIRO	CONFRARIA DO MORRO
Maria Alenise Theóphilo	Confraria do Morro
Fernanda Nunes Silva	moradora
Mônica Rodrigues Barbosa	moradora
Luciene Batista de Brito	moradora
Antônia Elizete Versiani S. Xavier	CEMEI Dep. Antônio Pimenta Diretora
José Ferreira Lopes	Morador CONFRARIA DO MORRO
[illegible]	E. E. Nsa Sra de Lourdes
Ana Irene Silva Santos	Secretaria - Bairro
Cleusa Gonçalves Dias Soares	moradora
[illegible]	SMSAU / UNIMONTES
Adriana Neves Amaral	médica
LEONARDO DE ANDRADE PIRES	DENTISTA
José Pereira Guimarães Júnior	Acadêmico
[illegible]	[illegible]
Maria Aparecida Ferreira Ribeiro	B.B. Nereide Carvalho
Fernanda Alves Guimarães	PSF Morrinhos
Ana Paula Ferreira Maciel	PSF Morrinhos.
Luciana Santos Gonçalves	PSF Morrinhos
Lorena Martins Caixeta	PSF Morrinhos
Jacilene de Oliveira Xavier	PSF Morrinhos
Gerlei [illegible] Ferreira	VICE PRESIDENTE MORRINHOS
Dairo Jesus de Paula	5 Social - Nova Associação Mo
Carlos Alberto Caetano	CONSELHEIRO MUNICIPAL DE SAÚDE
Flávia Danila de Sousa	Residente dentista

Fonte: RELATÓRIO: TERRITORIALIZAÇÃO DO BAIRRO MORRINHOS, 2006.
Autores: PRECEPTOR: RESIDÊNCIA EM MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE DANILO MACEDO FERNANDO NARCISO et al.

ANEXO II
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

Quadro 08: Módulo Profissional de Médicos Especialistas - Hospital Santa Casa de Montes Claros- 2012

MÉDICOS ESPECIALISTAS			
PROFISSIONAIS	**QUANTIDADE**	**PROFISSIONAIS**	**QUANTIDADE**
ACUNPUTURA (SOMENTE PARA OS PLANOS REGULAMENTADOS)	01	GASTROENTEROLOGIA	07
ALERGIA	02	GERIATRIA	01
ANÁLISE DE PATOLOGIA/CITOLOGIA	02	GINECOLOGIA-OBSTETRÍCIA	36
ANESTESIA	13	HEBIATRIA (ADOLESCENTES)	01
ANGIOLOGIA-CIRURGIA VASCULAR	07	HEMATOLOGIA	04
BIOQUÍMICA	02	HEMODINÂMICA	02
CARDIOLOGIA	20	MASTOLOGIA	03
CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA	02	NEFROLOGIA	09
CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL (ODONTÓLOGOS CREDENCIADOS PARA INTERNAÇÃO)	02	NEUROLOGIA- NEUROCIRURGIA- CABEÇÃ	06
CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO	04	OFTALMOLOGIA	13
CIRURGIA CARDÍACA	02	ONCOLOGIA CLÍNICA	07
CIRURGIA GERAL	08	ORTOPEDIA	13
CIRURGIA PEDIATRA	03	OTORRINOLARINGOLOGIA	03
CIRURGIA PLÁSTICA	04	PEDIATRIA	33
CIRURGIA TORÁXICA	02	PNEUMOLOGIA	03
CLÍNICA MÉDICA	18	PROCTOLOGIA	02
DERMATOLOGIA	11	PSIQUIATRIA (SOMENTE PARA OS PLANOS REGULAMENTADOS)	03
ENDOCRINOLOGIA (GLÂNDULAS)	07	RADIOLOGIA/TOMOGRAFIA/ULTRA-SONOGRAFIA	04
ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA	01	REUMATOLOGIA	04
FISIATRIA	01	TERAPEUTA OCUPACIONAL	01
FISIOTERAPIA	07	UROLOGIA	06
FISIOTERAPIA OCULAR	01		
TOTAL GERAL			**281**

Fonte: ARQUIVOS SANTA CASA **Org.:** SILVEIRA, 2012.

ANEXO III
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

Quadro 09: Módulo Profissional - Hospital Santa Casa de Montes Claros- 2012

DENTISTAS ESPECIALISTAS	
PROFISSIONAIS	**QUANTIDADE**
CIRURGIÃO DENTISTA CLINICO GERAL	06
CIRURGIÃO DENTISTA ODONTOGERIATRA	01
CIRURGIÃO DENTISTA TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL	04
CIRURGIAO DENTISTA PERIODONTISTA	01
CIRURGIAO DENTISTA RADIOLOGISTA	01
TOTAL	**13**
TÉCNICOS	
PROFISSIONAIS	**QUANTIDADE**
TÉCNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA	34
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	06
TÉCNICO DE ALIMENTOS	03
TÉCNICO EM PATOLOGIA CLINICA	10
TÉCNICO EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA	01
TÉCNICO EM ÓPTICA E OPTOMETRIA	02
TOTAL	**56**
AUXILIARES	
PROFISSIONAIS	**QUANTIDADE**
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	505
AUXILIAR DE ENFERMAGEM DO TRABALHO	03
AUXILIAR DE LABORATÓRIO DE ANALISES CLINICAS	22
AUXILIAR DE FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO	13
AUXILIAR TÉCNICO EM PATOLOGIACLINICA	05
AUXILIAR TÉCNICO EM LABORATÓRIO DE FARMÁCIA	01
AUXILIAR DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL	02
AUXILIAR DE RADIOLOGIA (REVELAÇÃO FOTOGRÁFICA)	03
TOTAL	**554**
OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE	
PROFISSIONAIS	**QUANTIDADE**
ENFERMEIROS	69
BIOMÉDICO	01
GERENTE DE SERVIÇOS DE SAÚDE	04
FARMACÊUTICO	04
FARMACÊUTICO BIOQUÍMICO	05
ATENDENTE DE FARMÁCIA BALCONISTA	22
FONOAUDIOLOGIA (SOMENTE PARA OS PLANOS REGULAMENTADOS)	10
NUTRICIONISTA (SOMENTE PARA OS PLANOS REGULAMENTADOS)	12
PSICOLOGIA (CUSTO OPERACIONAL PLANO PASSC)	05
PSICOLOGIA (SOMENTE PARA OS PLANOS REGULAMENTADOS)	18
ASSISTENTE SOCIAL	03
BIÓLOGO	02
DIRETOR DE SERVICOS DE SAUDE	02
FISIOTERAPEUTA GERAL	30
TOTAL	**187**
TOTAL GERAL	**810**

Fonte: ARQUIVOS SANTA CASA/ http://cnes.datasus.gov.br**Org.:** SILVEIRA, 2012.

ANEXO IV
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

Quadro 10: Módulo Profissional - Hospital Santa Casa de Montes Claros- 2012

OUTRAS FUNÇÕES	
PROFISSIONAIS	**QUANTIDADE**
ANALISTA DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMA	03
ANALISTA DE RECUSROS HUMANOS	01
OUVIDOR	01
DIGITADOR	02
PROGRAMADOR DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	02
SECRETARIA EXECUTIVA	01
CONTADOR	01
ENGENHEIRO CIVIL	01
ENGENHEIRO DE SEGURANCA DO TRABALHO	01
DIRETOR ADMINISTRATIVO	01
TELEFONISTA	08
RECEPCIONISTA, EM GERAL	92
GERENTE ADMINISTRATIVO	09
GERENTE COMERCIAL	01
GERENTE DE PRODUÇÃO E OPERAÇÕES DA CONSTRUÇÃO CIVIL E OBRAS	01
GERENTE DE MARKETING	01
VIGIA	01
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	05
SUPERVISOR ADMINISTRATIVO	08
SUPERVISOR DE CONTROLE PATRIMONIAL	01
AUXILIAR DE ESCRITÓRIO, EM GERAL	178
AUXILIAR DE CONTABILIDADE	04
TÉCNICO ELETRÔNICO	01
TÉCNICO EM SEGURANÇA NO TRABALHO	02
TÉCNICO EM MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA	02
TOTAL	**328**

Fonte: http://cnes.datasus.gov.br**Org.:** SILVEIRA, 2012.

ANEXO V
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

Quadro 07: Principais Serviços e Modalidades- Hospital Santa Casa

MODALIDADES	OBJETIVOS	TIPOLOGIAS	EQUIPES
FISIOTERAPIA	Prestar serviços especializados na área de Fisioterapia.	Reabilitação Cardíaca, Ortopédica e Neuropediatria; serviços de Fisioterapia em: Uroginecológica, Hidroterapia ou Fisioterapia Aquática; serviços de RPG-Reeducação e Postural Global.	08 Fisioterapeutas especializados, além dos Técnicos na área.
LABORATÓRIO SANTA CASA	Promover serviços de análises clínicas e diagnóstico com qualidade e segurança.	Bioquímica**,** Hematologia**,** Coagulação**,** Imunologia, Microbiologia, Micologia**,** Parasitologia, Urinálise, Sorologia, Biologia Molecular, Testes de DNA, Drogas Terapeuticas e de Abuso, Líquido Seminal, Liquidos Corporais, Endocrinologia Toxicologia, laboratório dehistocompatibilidade, exames de compatibilidade genética entre doadores e receptores de órgãos e tecidos para o norte de Minas Gerais. Sorologia, extração de material genético e tipificação HLA (antígeno leucocitário humano).	35 profissionais especializados. 45 mil exames por mês em 2012
NEFROLOGIA	Atender a doenças renais e terapia renal	Terapias Substitutivas, Hemodiálises e Transplantes Renais e Atendimentos Ambulatoriais.	06 Médicos Nefrologistas e 02 Médicos Residentes. 200 atendimentos por mês em hemodiálise em 2012
ONCOLOGIA (Centro de Alta Complexidade em Oncologia)	Prestar assistência à saúde voltada para aumentar as chances de cura e melhorar a qualidade de vida dos pacientes com câncer, com a aplicação de avançadas técnicas de diagnóstico e tratamento, aliadas ao atendimento humanizado, que abrangem pacientes e familiares.	Atendimento Ambulatorial e Quimioterápico.	05 Oncologistas e 02 Hematologistas; equipe multiprofissional nas áreas de Enfermagem, Farmácia, Serviço Social, Nutrição, Fisioterapia, Odontologia e Psicologia. 800 pacientes por mês em 2012

ANEXO V
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica
Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

Continuação

RADIOTERAPIA SANTA CASA (Centro de Referência)	Atender aos pacientes nos setores de Oncologia Clínica, Oncologia pediátrica e ao Ambulatório de Especialidades (cirurgia oncológica, aparelho digestivo, ginecologia oncológica, cirurgia de cabeça e pescoço, urologia, hematologia, nutrição, psicologia, fisioterapia e odontologia oncológica), visando garantir assistência integral e comodidade aos pacientes.	Radioterapia por Modulação de Intensidade do Feixe (IMRT), Radioterapia Guiada por Imagem (IGRT), Radioterapia Estereotáxica, Radiocirurgia e Braquiterapia de Alta Taxa de Dose (HDR), Acelerador Linear Siemens Primus, Sistema de Planejamento Computadorizado Tridimensional e moderno sistema de dosimetria para o controle de qualidade dos equipamentos.	04 Médicos especialistas na área e 34 técnicos em Radiologia. Estimativa de 680 pacientes por mês em 2012
SANTA CASA CORAÇÃO	Prestar assistência especializada na área cardiológica.	Teste Ergométrico, Holter, Mapa (mapeamento da pressão arterial), Ecocardiograma e Eletrocardiograma, e encaminhamentos para a área de transplantes.	09 Clínicos com especializações na área. Estimativa de 1200 pacientes por mês em 2012
SANTA CASA OLHOS (Centro de Referência Nacional em Oftalmologia).	Atender aos pacientes nas generalidades da área oftalmológica e também nas causas prevalentes de cegueira, patologias oculares definidas como prioritárias.	Tomografia de Coerência Óptica (OCT); Cross-linking; tratamento das patologias oculares definidas como prioritárias para as Políticas Públicas como Catarata, Retinopatia Diabética e Glaucoma; Consultas; Exames Complementares; Cirurgias; Adaptação de Lentes de Contato e demais procedimentos ambulatoriais como de Laser e Retina. (através do SUS)	11 Médicos especialistas na área. 5200 atendimentos mensais em 2012.
SERVIÇOS DE IMAGEM SANTA CASA	Prestar serviços às necessidades dos pacientes em Radiologia, Ultrassonografia, Mamografia, Tomografia, e em Ressonância Magnética/SUS.	Radiologia, Ultrassonografia, Mamografia, Tomografia, e Ressonância Magnética.	14 Médicos especialistas na área. 34 técnicos em Imagenologia 9.000 exames por mês em 2012

Fonte: PESQUISA DIRETA - ARQUIVO HISTÓRICO DOS 140 ANOS DA SANTA CASA**. Org.:** SILVEIRA, 2012

ANEXO VI
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

Quadro 11: Projetos em Saúde/Unimontes/HUCF com foco na Atenção Primária.

1. Projeto Atenção Primária à Saúde: **Objetivo:** Proporcionar a integração entre universidade, comunidade e serviços de saúde. Apoia a organização e estruturação da rede de serviços do SUS para a população do campo de forma regionalizada e hierarquizada, oferecendo acesso às ações da atenção primária à saúde. Operacionaliza os instrumentos propostos pelo Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atendimentos:** 5.000 pessoas atendidas.
2. Curso para Cuidadores Informais de Idosos: **Objetivo:** Capacitar os cuidadores informais de idosos, moradores em área de abrangência de Equipes de Saúde da Família, para socialização de conhecimento sobre questões gerais relacionadas ao envelhecimento e específicas sobre cuidados com idosos. **Atendimentos:** 3.000 pessoas atendidas.
3. Aviando Alegria: **Objetivo:** Propiciar aos pacientes do HEMOMINAS vivência artística que estimule o viver bem e o espírito de solidariedade, ao respeitar os limites decada um, tendo a arte como promotora da terapia ocupacional, priorizando a humanização, respeitando alegria e a esperança, a vida e o entretenimento para aqueles que estão com problemas de saúde aguardando por atendimento. **Atendimentos:** 2.350 pessoas atendidas.
4. Liga Acadêmica Norte Mineira de Neurologia e Neurociência: **Objetivo:** Propiciar o acesso a conhecimentos científicos, o desenvolvimento de atividades teóricas - práticas na área de Neurologia e Neurocirurgia. Visa, ainda, promover o conhecimento da Neurologia e Neurocirurgia através da realização deaulas, debates, conferências e palestras, bem como promover atividades de extensão comunitária mediante projetos. **Atendimentos:** 1.670 pessoas atendidas
5. Projeto Alegria e Companhia – Doutores do Riso: **Objetivo:** Propiciar às pessoas debilitadas e enfermas hospitalizadas vivências lúdicas, através do desenvolvimento de atividades de lazer e recreação. **Atendimentos:** 3.000 pessoas atendidas.
6. Projeto Nadar: **Objetivo:** Atendercrianças e adolescentes no que diz respeito à saúde como forma de construir hábitos de vida saudável, democratizar a prática esportiva visando à inclusão. **Atendimentos:** 7.000 pessoas atendidas.
7. Programa Adolescentes para olII Milênio: **Objetivo:** Promover a saúde integral do adolescente, favorecendo o processo de crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir mortalidade e os desajustes individuais e sociais. **Atendimentos:** 1.800 pessoas atendidas.
8. Liga AcadêmicaNorte Mineira de Saúde da Criança: **Objetivo:** Desenvolver ações na Pediatria, ao contribuir para a formação de um indivíduo saudável, de modo a atingir a vida adultaapto para realizar a plenitude de todo o seu potencial. Nessa perspectiva, os acadêmicos participantes aprofundam conhecimento teórico com o enfoque na fisiologia e patologia da infância à adolescência e vivenciam práticas através de atividades ambulatoriais e em unidades de internação. **Atendimentos:** 666 atendimentos.
9. Liga Acadêmica do Bem-Estar da Mulher: **Objetivo:** Aprimorar práticas clínicas e cirúrgicas na ginecologia, obstetrícia. Visa, ainda, à inserção dos alunos na comunidade, através de atividades educativas, preventivas ou de promoção à saúde. **Atendimentos:** 609 pessoas atendidas.
10. Projeto Vida Presente: **Objetivo:** Proporcionar às mulheres portadoras do câncer de mama, um programa estruturado de Atividades Físicas Sistematizadas e reabilitação, priorizando o bem-estar físico, social e psicológico desta população. **Atendimentos:** 450 pessoas atendidas.

ANEXO VI
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica
Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

Continuação
11. Programa Sorriso no Campo: **Objetivo:** Apresentar um internato rural para acadêmicos de odontologia que realizam atendimentos gratuitos à população e atividades de prevenção. **Atendimentos:** 3.395 atendimentos.
12. Programa Assistência Odontológica ao Paciente sob Tratamento Oncológico: **Objetivo:** Integrar a Extensão ao Ensino e à Pesquisa: a partir da união de professores,alunos da Unimontes e profissionais de saúde da Santa Casa, são realizadas ações que compõem o tratamento do paciente com câncer. Usando como pilar central a extensão, são geradas pesquisas, envolvendo o aluno em todo o processo. O programa visa tratar da mucosite, aplicando o laser de baixa intensidade e uso de medicamentos. **Atendimentos:** 8000 pessoas atendidas.
13. Programa de Educação Profissional do Curso de Odontologia da Unimontes: **Objetivo:** Promover a integração da Universidade com a sociedade, através da educação continuada e treinamento dos acadêmicos e dos funcionários das clínicas odontológicas, em serviço. **Atendimentos:**1670 pessoas atendidas.
14. Programa de Saúde Bucal numa Visão Interdisciplinar: **Objetivo:** Incorporar os projetos de assistência à saúde bucal que já são executados pelo curso de odontologia com a participação de profissionais da Odontologia, Fonoaudiologia e Fisioterapia, integrando as diferentes áreas de conhecimento e de especialidades odontológicas com vistas a prestar assistência de forma integralizada com ações de prevenção das doenças, promoção da saúde,recuperação e reabilitação da saúde bucal aos diferentes sujeitos sociais, tais como crianças, gestantes, adolescentes, idosos, portadores de HIV/AIDS, portadores de necessidades especiais e população em geral. **Atendimentos:** 940 pessoas atendidas.

Fonte: RELATÓRIO DE GESTÃO, 2011-UNIMONTES. **Org.:** SILVEIRA, 2012

ANEXO VII
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

Quadro 23: Número de Médicos em Montes Claros por Especialidades

ESPECIALIDADES	Nº MÈDICOS	ESPECIALIDADES	Nº MÈDICOS
Acupunturistas	02	Medicina Física e Reabilitação	03
Alergologistas	07	Medicina Nuclear	02
Anestesiologistas	49	Medicina de Família e Comunidade	05
Angiologistas	09	Medicina do Sono	01
Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular	01	Médicos Intensivistas	31
Cardiologistas	65	Médicos do Trabalho	11
Cirurgiões Cardiovasculares	14	Nefrologistas	13
Cirurgiões Endovasculares	05	Neonatologia	01
Cirurgiões Gerais	151	Neurocirurgiões	11
Cirurgiões Pediátricos	06	Neurofisiologia Clínica	01
Cirurgiões Plásticos	11	Neurologia Pediátrica	14
Cirurgiões Torácicos	04	Neurologistas	04
Cirurgiões de Cabeça e Pescoço	04	Neurorradiologia	01
Cirurgiões do Aparelho Digestivo	01	Nutrólogos	02
Citopatologia	04	Oftalmologistas	28
Clínicos Gerais	437	Oncologistas	17
Densitometria Óssea	01	Ortopedistas e Traumatologistas	32
Dermatologistas	20	Otorrinolaringologistas	22
Ecocardiografia	01	Patologia Clínica/medicina Laboratorial	05
Ecografia Vascular com Doppler	01	Patologistas	08
Endocrinologia e Metabologia	14	Pediatras	93
Endoscopia Digestiva	01	Pneumologistas	06
Endoscopistas	08	Proctologistas	04
Ergometria	01	» Psicoterapia	01
Gastroenterologistas	10	Psiquiatras	11
Geriatras	05	» Radiologia e Diagnóstico Por Imagem	41
Ginecologistas e Obstetras	89	» Radioterapeutas	01
Hematologistas e Hemoterapeutas	08	Reumatologistas	05
Homeopatas	01	Ultra-Sonografia em Ginecologia e Obstetrícia	01
Infectologistas	05	Urologistas	14
Mastologistas	07	Outros	24
TOTAL GERAL		1355	

Fonte: CATÁLOGO MÉDICO MONTES CLAROS-MG, 2012. **Org.:** SILVEIRA, 2012

ANEXO VIII
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

Quadro 24: Serviços de Saúde Contratados pelo Município de Montes Claros

Hospitais:

- Hospital Universitário Clemente de Faria
- Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros
- Fundação Hospitalar de Montes Claros – Hospital Aroldo Tourinho
- Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho
- Hospital Prontomente
- Hospital Prontocor

Laboratórios de Análises Clínicas e Patológicas:

- Exame
- Normanha
- Prolab
- São Geraldo
- São José
- Citocenter
- Citolab
- Citolab/Unid Athenas
- Medlab
- Santa Clara
- Siper
- Voumard
- Instituto de Patologia do Norte de Minas
- Laboratório do Hospital Universitário Clemente de Faria
- Laboratório da Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Montes Claros
- Laboratório do Hospital Aroldo Tourinho
- Biodiagnóstico
- Biomontes
- Biominas
- LAC
- São Paulo
- Rafhá
- Funorte

Raios X:

- Hospital Universitário Clemente de Faria
- Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros
- Hospital Aroldo Tourinho
- Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho

Fisioterapia:

- Hospital Aroldo Tourinho
- Clínica de Traumatologia e Fisioterapia
- Clínica de Fisioterapia São Lucas
- FISIOCENTER/Santa Casa
- Ortoclínica LTDA

Nefrologia:

Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros

- Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho

ANEXO VIII
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica
Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

Oncologia: **Quimioterapia:** • Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros • Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho
Radioterapia: • Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros • Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho

Fonte: SMS/PMMC, 2011 **Org.:** SILVEIRA, 2012.

ANEXO IX
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

Quadro 25: Atendimentos do SAMU 192 Municípios da Macro Norte-MG – Janeiro a Dezembro de 2011

CHAMADOS X ATENDIMENTOS COM AMBULÂNCIA		
MUNICÍPIO	**CHAMADOS**	**ATENDIMENTOS COM AMBULÂNCIA**
BERIZAL	**225**	**126**
BOCAIUVA	**2147**	**928**
BONITO DE MINAS	**319**	**180**
BOTUMIRIM	**56**	**20**
BRASÍLIA DE MINAS	**1388**	**708**
BURITIZEIRO	**707**	**272**
CAMPO AZUL	**18**	**01**
CAPITÃO ENÉAS	**1005**	**466**
CATUTI	**10**	**07**
CLARO DOS POÇÕES	**27**	**09**
CÔNEGO MARINHO	**09**	**03**
CORAÇÃO DE JESUS	**853**	**364**
CRISTÁLIA	**258**	**141**
CURRAL DE DENTRO	**08**	**04**
ENGENHEIRO NAVARRO	**31**	**16**
ESPINOSA	**862**	**406**
FRANCISCO DUMONT	**222**	**96**
FRANCISCO SÁ	**860**	**395**
FRUTA DE LEITE	**07**	**03**
GAMELEIRAS	**255**	**167**
GLAUCILÂNDIA	**25**	**12**
GRÃO MOGOL	**69**	**29**
GUARACIAMA	**13**	**04**
IBIAI	**529**	**269**
IBIRACATU	**26**	**16**
ICARAI DE MINAS	**25**	**15**
INDAIABIRA	**20**	**08**
ITACARAMBI	**1099**	**478**
JAIBA	**1505**	**586**
JANAUBA	**4992**	**1940**
JANUARIA	**2295**	**1137**
JAPONVAR	**26**	**17**
JEQUITAI	**24**	**16**
JOAQUIM FELÍCIO	**09**	**08**
JOSENOPOLIS	**02**	**00**
JURAMENTO	**53**	**29**
JUVENÍLIA	**07**	**01**
LAGOA DOS PATOS	**03**	**02**

ANEXO IX
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica
Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

LASSANCE	**27**	**13**
		Continuação
LONTRA	**29**	**10**
LUISLÂNDIA	**25**	**13**
MAMONAS	**09**	**02**
MANGA	**892**	**385**
MATIAS CARDOSO	**29**	**06**
MATO VERDE	**574**	**278**
MIRABELA	**45**	**11**
MIRAVANIA	**253**	**138**
MONTALVANIA	**547**	**237**
MONTE AZUL	**725**	**350**
MONTES CLAROS	**35881**	**9842**
MONTEZUMA	**264**	**152**
NINHEIRA	**04**	**00**
NOVA PORTEIRINHA	**390**	**150**
NOVORIZONTE	**07**	**02**
NÃO IDENTIFICADO	**07**	**00**
OLHOS D'ÁGUA	**00**	**00**
PADRE CARVALHO	**17**	**08**
PAI PEDRO	**02**	**00**
PATIS	**22**	**13**
PEDRAS DE MARIA DA CRUZ	**23**	**09**
PINTOPOLIS	**378**	**201**
PIRAPORA	**2587**	**1012**
PONTO CHIQUE	**152**	**84**
PORTEIRINHA	**1206**	**577**
RIACHO DOS MACHADOS	**16**	**03**
RIO PARDO DE MINAS	**972**	**475**
RUBELITA	**11**	**06**
SALINAS	**1315**	**582**
SANTA CRUZ DE SALINAS	**02**	**01**
SANTA FÉ DE MINAS	**06**	**05**
SANTO ANTÔNIO DO RETIRO	**21**	**07**
SÃO FRANCISCO	**1854**	**798**
SÃO JOÃO DA LAGOA	**06**	**02**
SÃO JOÃO DA PONTE	**538**	**291**
SÃO JOÃO DAS MISSÕES	**14**	**06**
SÃO JOÃO DO PACUÍ	**04**	**00**
SÃO JOÃO DO PARAÍSO	**569**	**278**
SÃO ROMÃO	**395**	**169**

ANEXO IX
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

SERRANÓPOLIS DE MINAS	**11**	**08**
TAIOBEIRAS	**1904**	**911**
		Continuação
UBAI	**38**	**16**
URUCUIA	**05**	**04**
VARGEM GRANDE DO RIO PARDO	**05**	**01**
VÁRZEADA PALMA	**1669**	**693**
VARZELÂNDIA	**721**	**383**
VERDELÂNDIA	**218**	**72**
TOTAL	**74.613**	**27.209**

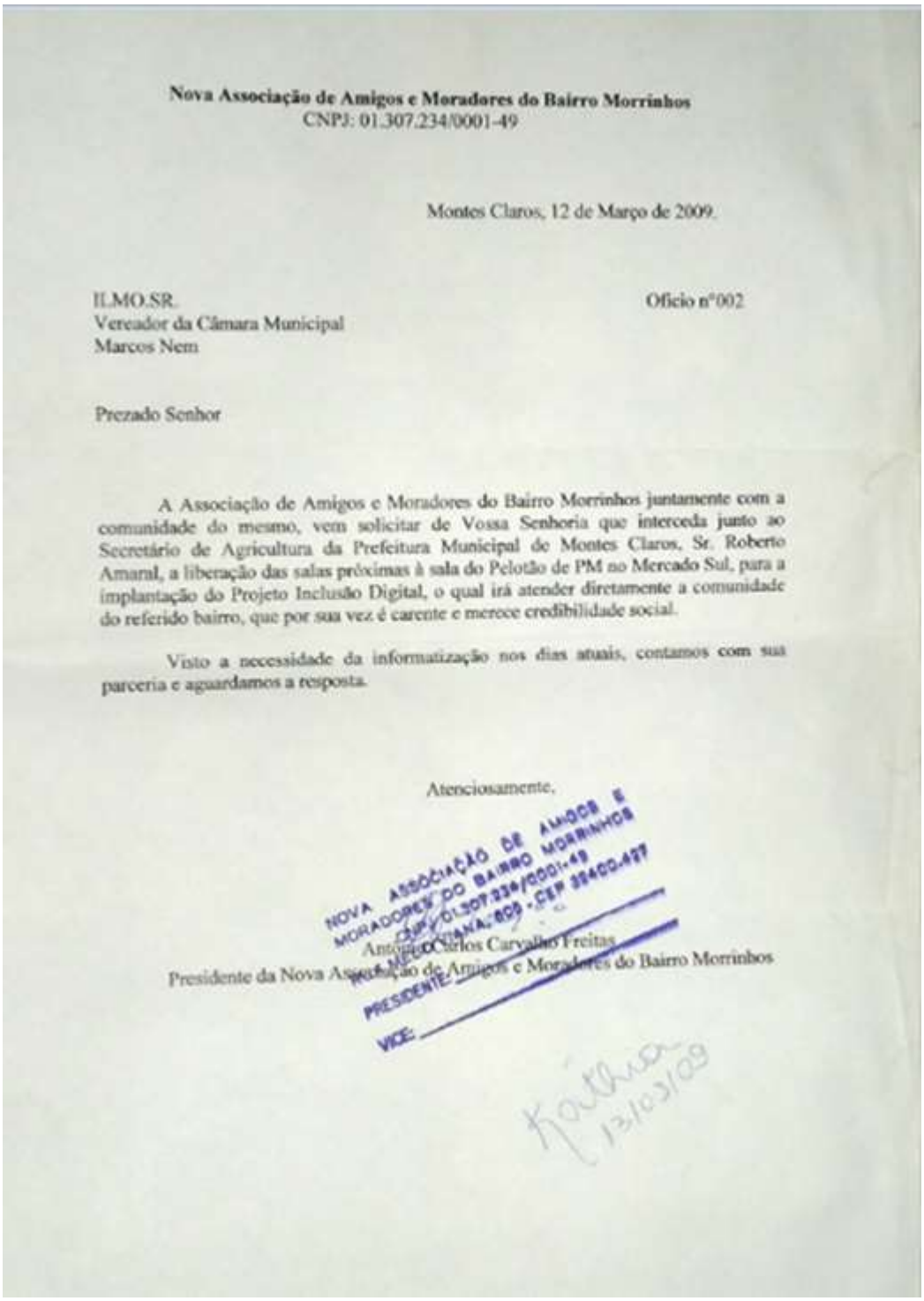
***No item Chamados estão computados todos os tipos de ocorrências registrados no sistema. Como trotes, informações, atendimentos, orientações e etc.**

Fonte: SRSAMU/Sistema de Regulação SAMU. 2011

ANEXO X
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

CARTA DA ASSOCIAÇÃO AO VEREADOR DA CÂMARA MUNICIPAL MARCOS NEM



Nova Associação de Amigos e Moradores do Bairro Morrinhos
CNPJ: 01.307.234/0001-49

Montes Claros, 12 de Março de 2009.

ILMO.SR.
Vereador da Câmara Municipal
Marcos Nem

Ofício nº002

Prezado Senhor

A Associação de Amigos e Moradores do Bairro Morrinhos juntamente com a comunidade do mesmo, vem solicitar de Vossa Senhoria que interceda junto ao Secretário de Agricultura da Prefeitura Municipal de Montes Claros, Sr. Roberto Amaral, a liberação das salas próximas à sala do Pelotão de PM no Mercado Sul, para a implantação do Projeto Inclusão Digital, o qual irá atender diretamente a comunidade do referido bairro, que por sua vez é carente e merece credibilidade social.

Visto a necessidade da informatização nos dias atuais, contamos com sua parceria e aguardamos a resposta.

Atenciosamente,

NOVA ASSOCIAÇÃO DE AMIGOS E MORADORES DO BAIRRO MORRINHOS
CNPJ 01.307.234/0001-49
PRESIDENTE
VICE

Antônio Carlos Carvalho Freitas
Presidente da Nova Associação de Amigos e Moradores do Bairro Morrinhos

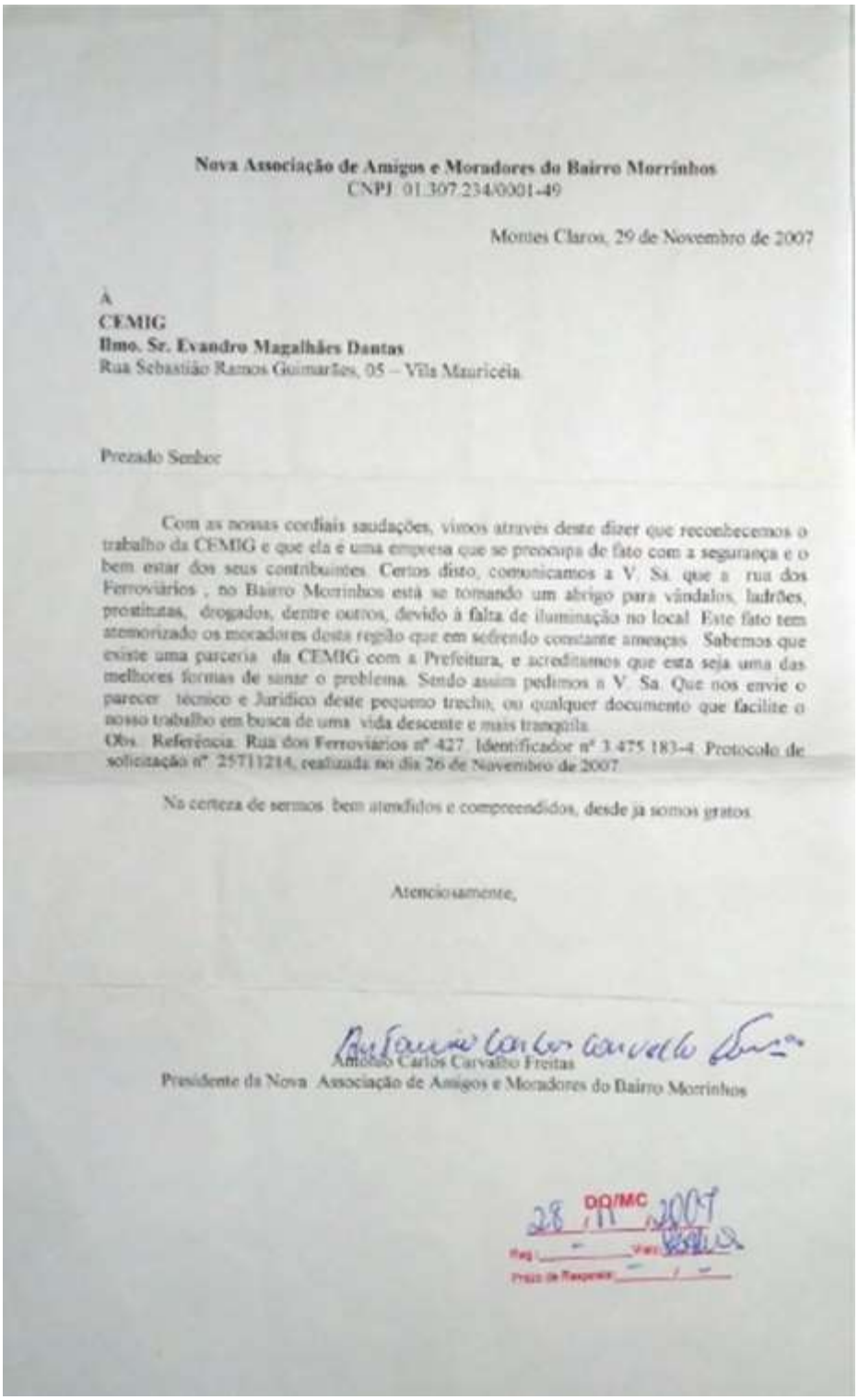
12/03/09

Fonte: ARQUIVOS DA NOVA ASSOCIAÇÃO DE AMIGOS E MORADORES DO BAIRRO MORRINHOS

ANEXO XI
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

CARTA DA ASSOCIAÇÃO À CEMIG: ILUMINAÇÃO NA RUA DOS FERROVIÁRIOS



Nova Associação de Amigos e Moradores do Bairro Morrinhos
CNPJ: 01.307.234/0001-49

Montes Claros, 29 de Novembro de 2007

À
CEMIG
Ilmo. Sr. Evandro Magalhães Dantas
Rua Sebastião Ramos Guimarães, 05 – Vila Mauricéia

Prezado Senhor

Com as nossas cordiais saudações, vimos através deste dizer que reconhecemos o trabalho da CEMIG e que ela é uma empresa que se preocupa de fato com a segurança e o bem estar dos seus contribuintes. Certos disto, comunicamos a V. Sa. que a rua dos Ferroviários , no Bairro Morrinhos está se tornando um abrigo para vândalos, ladrões, prostitutas, drogados, dentre outros, devido à falta de iluminação no local. Este fato tem atemorizado os moradores desta região que em sofrendo constante ameaças. Sabemos que existe uma parceria da CEMIG com a Prefeitura, e acreditamos que esta seja uma das melhores formas de sanar o problema. Sendo assim pedimos a V. Sa. Que nos envie o parecer técnico e Jurídico deste pequeno trecho, ou qualquer documento que facilite o nosso trabalho em busca de uma vida descente e mais tranqüila.
Obs. **Referência**: Rua dos Ferroviários nº 427. Identificador nº 3.475.183-4. Protocolo de solicitação nº 25711214, realizada no dia 26 de Novembro de 2007.

Na certeza de sermos bem atendidos e compreendidos, desde já somos gratos.

Atenciosamente,

Antônio Carlos Carvalho Freitas
Presidente da Nova Associação de Amigos e Moradores do Bairro Morrinhos

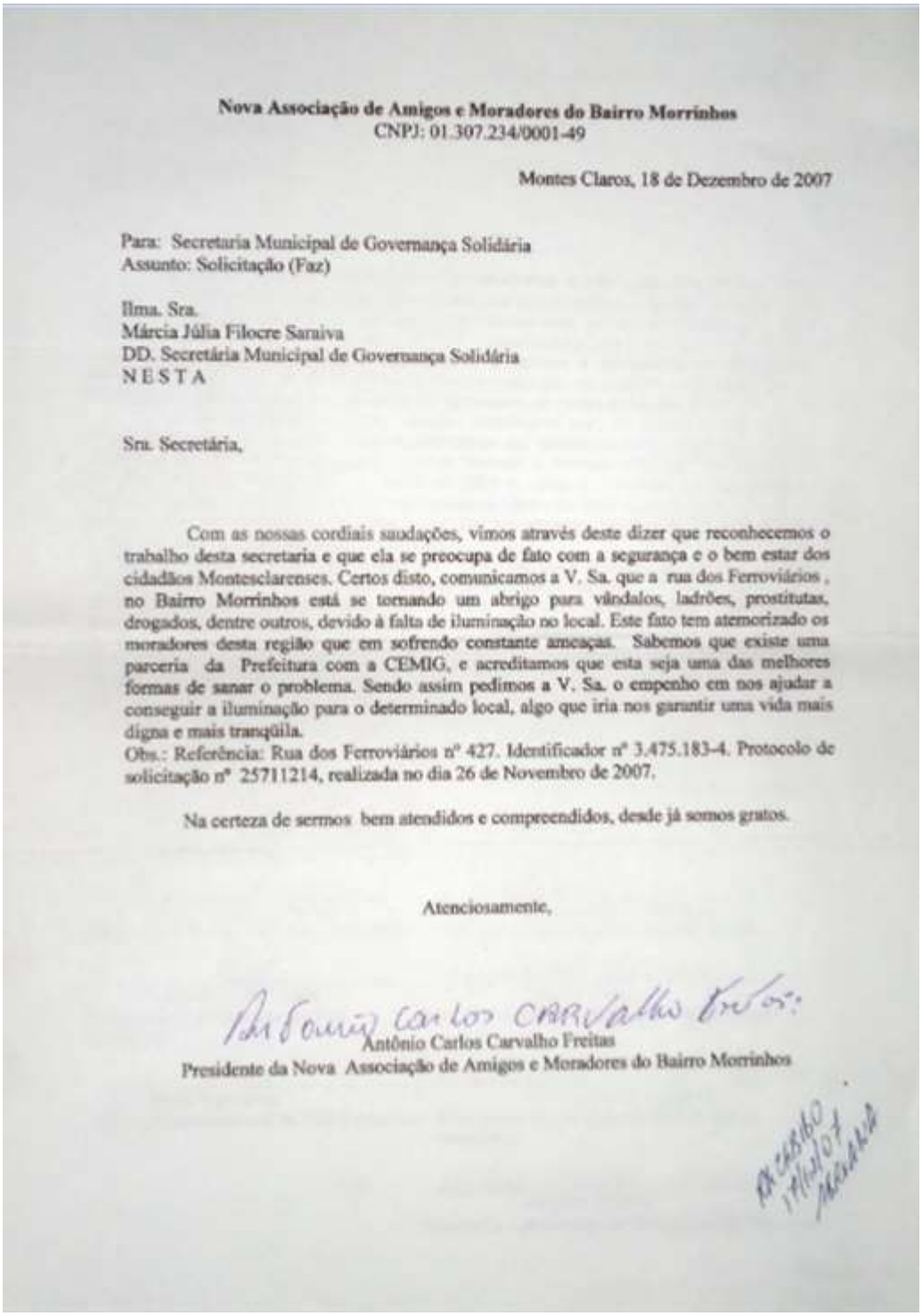
DO/MC 28/11/2007

Fonte: ARQUIVOS DA NOVA ASSOCIAÇÃO DE AMIGOS E MORADORES DO BAIRRO MORRINHOS

ANEXO XII
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

CARTA DA ASSOCIAÇÃO À SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNANÇA SOLIDÁRIA



Nova Associação de Amigos e Moradores do Bairro Morrinhos
CNPJ: 01.307.234/0001-49

Montes Claros, 18 de Dezembro de 2007

Para: Secretaria Municipal de Governança Solidária
Assunto: Solicitação (Faz)

Ilma. Sra.
Márcia Júlia Filocre Saraiva
DD. Secretária Municipal de Governança Solidária
N E S T A

Sra. Secretária,

Com as nossas cordiais saudações, vimos através deste dizer que reconhecemos o trabalho desta secretaria e que ela se preocupa de fato com a segurança e o bem estar dos cidadãos Montesclarenses. Certos disto, comunicamos a V. Sa. que a rua dos Ferroviários, no Bairro Morrinhos está se tornando um abrigo para vândalos, ladrões, prostitutas, drogados, dentre outros, devido à falta de iluminação no local. Este fato tem atemorizado os moradores desta região que em sofrendo constante ameaças. Sabemos que existe uma parceria da Prefeitura com a CEMIG, e acreditamos que esta seja uma das melhores formas de sanar o problema. Sendo assim pedimos a V. Sa. o empenho em nos ajudar a conseguir a iluminação para o determinado local, algo que iria nos garantir uma vida mais digna e mais tranqüila.
Obs.: Referência: Rua dos Ferroviários nº 427. Identificador nº 3.475.183-4. Protocolo de solicitação nº 25711214, realizada no dia 26 de Novembro de 2007.

Na certeza de sermos bem atendidos e compreendidos, desde já somos gratos.

Atenciosamente,

Antônio Carlos Carvalho Freitas
Presidente da Nova Associação de Amigos e Moradores do Bairro Morrinhos

Fonte: ARQUIVOS DA NOVA ASSOCIAÇÃO DE AMIGOS E MORADORES DO BAIRRO MORRINHOS

ANEXO XIII
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica
Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

PLANTA BAIXA DO 1º E 2º PISO PREVISTA PARA A CONSTRUÇÃO DA UBS MORRINHOS



Fonte: ARQUIVOS DA NOVA ASSOCIAÇAO DE AMIGOS E MORADORES DO BAIRRO MORRINHOS

ANEXO XIV
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

PRIMEIRO ROTEIRO DE ENTREVISTAS A SEREM APLICADAS NO PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO NO BAIRRO MORRINHOS (2006)

APÊNDICE A – Questões norteadoras

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS - UNIMONTES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTE DE FARIA
RESIDÊNCIA MÉDICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NA MODALIDADE DE RESIDÊNCIA PARA CIRURGIÕES DENTISTAS E ENFERMEIROS
PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS – SECRETARIA DE SAÚDE
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – MORRINHOS

Essa entrevista objetiva coletar informações sobre as condições de vida da população do Bairro Morrinhos que serão usadas no planejamento das ações da equipe de saúde da família. Garantimos que sua identidade não será divulgada.

Questões norteadoras

Entrevista: Data: Hora: Duração:

1- Identificação do entrevistado
Nome:
Idade:
Sexo:
Posição que ocupa na comunidade:
Escolaridade:
Tempo que morra no bairro:
Endereço:

2- Histórico do bairro
Quando e como surgiu o bairro?
Quem foram os primeiros moradores?
Por que recebeu o nome Morrinhos?

3- Saúde
Como está o serviço de saúde do bairro? Ele atende as necessidades do bairro?
Quando alguém adoece o que vocês fazem?

4- Infra-estrutura
Como são as condições de moradia das pessoas do bairro?
Onde concentram as áreas de maiores problemas?
O que a população faz com o lixo?
De onde vem a água?
Para onde vai o esgoto?
Existe algum tipo de poluição no bairro?

5- Economia
De onde vem o sustento das pessoas do bairro?

113

ANEXO XIV
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

Em que trabalham as pessoas do bairro?

6- Transporte
Como as pessoas costumam se deslocar de casa?
Quais os problemas enfrentados nesse deslocamento?

7- Educação
Que escolas e creches as crianças da comunidade freqüentam? O número é suficiente para o bairro? Qual a interação com a comunidade?
Como é a qualidade do ensino dessas escolas e do serviço dessas creches?

8- Social
O que as crianças e os adolescentes fazem no período que não estão na escola? (considerar também as que não estudam)
Quem ajuda as pessoas que passam dificuldade? (mendigos, crianças abandonadas, famílias carentes...) Há alguma mobilização para ajudar essas pessoas?

9- Grupos comunitários
Como a população se organiza neste bairro? A comunidade costuma se reunir por algum motivo? Qual?
Quais as entidades e grupos existentes no bairro? (rotina das reuniões, participação da comunidade)

10- Lazer/Esporte/Cultura
O que a comunidade faz para se divertir?
Quem ajuda a promover o esporte e o lazer no bairro?
Onde as pessoas realizam atividades físicas, culturais e de lazer?

11- Religião
Quais os grupos religiosos que existem no bairro?

12- Segurança
Do que as pessoas daqui têm medo? Por quê?
O que a comunidade faz para enfrentar essas ameaças?

13- Alimentação
Existem famílias que passam fome? Geralmente em que parte do bairro elas moram?

14- Saúde bucal
Aonde vocês vão quando alguém da comunidade sente dor de dente ou tem algum outro problema na boca?
Como é o acesso?
Como é o atendimento?
O que você acha que falta na comunidade para melhorar a saúde bucal?

15- Problemas
Quais os três principais problemas da comunidade?
O que a população faz para superá-los?

114

ANEXO XIV
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica
Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

16- Potencialidades
Quais as qualidades que a comunidade possui? (o que a comunidade tem de bom?)

17- O que você acha de morar nesse bairro? Por quê?

18- O (a) senhor (a) gostaria de fazer mais algum comentário?

19- O (a) senhor (a) poderia nos indicar outra pessoa que conhece o bairro e pudesse nos ajudar? (nome, endereço e telefone)

20- Impressões / observações

115

Fonte: RELATÓRIO: TERRITORIALIZAÇÃO DO BAIRRO MORRINHOS, 2006.
Autores: PRECEPTOR: RESIDÊNCIA EM MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE DANILO MACEDO FERNANDO NARCISO et al.

ANEXO XV
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

ROTEIRO DE ENTREVISTA A SER APLICADO NO MORRINHOS I (2008)

13-ANEXOS

Anexo 1

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1-História do bairro:

1.1. Quando e como se formou esse bairro?

1.2. Porque o nome Morrinhos?

1.3. Quem foram os primeiros moradores do bairro?

1.4.Que recursos sociais o bairro possuía no início?

1.5. Em que ano ocorreu a instalação de luz elétrica,água e coleta de lixo?

2-Aspectos sócio-econômicos

2.1 quando foi construída a ferrovia? Quais mudanças trouxe ao bairro?

2.2 Qual a influência do Mercado Sul na vida dos moradores do bairro?

2.3 Quais os recursos sociais existentes no bairro? Esses são suficientes para atender a população?

2.4 Quais os meios de transporte utilizados pela população? Se ônibus, esses são suficientes? E quais as linhas e horários?

3- Aspectos sanitários

3.1 o bairro possui áreas de risco? Quais são?

3.2 a população está satisfeita com a infra-estrutura que o bairro dispõe, no que diz respeito aos serviços de água, luz, coleta de lixo, asfalto e rede de esgoto?

4- Aspectos de segurança

4.1 Há posto policial no bairro?

4.2 Como você classificaria o bairro? Tranqüilo, violento...

5- aspectos políticos

5.1 como são organizados os conselhos, e associações de bairro? Quem são os presidentes? E como se reúnem?

5.2 Esses conselhos são atuantes? A população é participativa?

5.3 O bairro possui força política?

6- Aspectos de lazer

6.1 O bairro oferece opções de lazer?

6.3 O bairro organiza alguma festa tradicional?

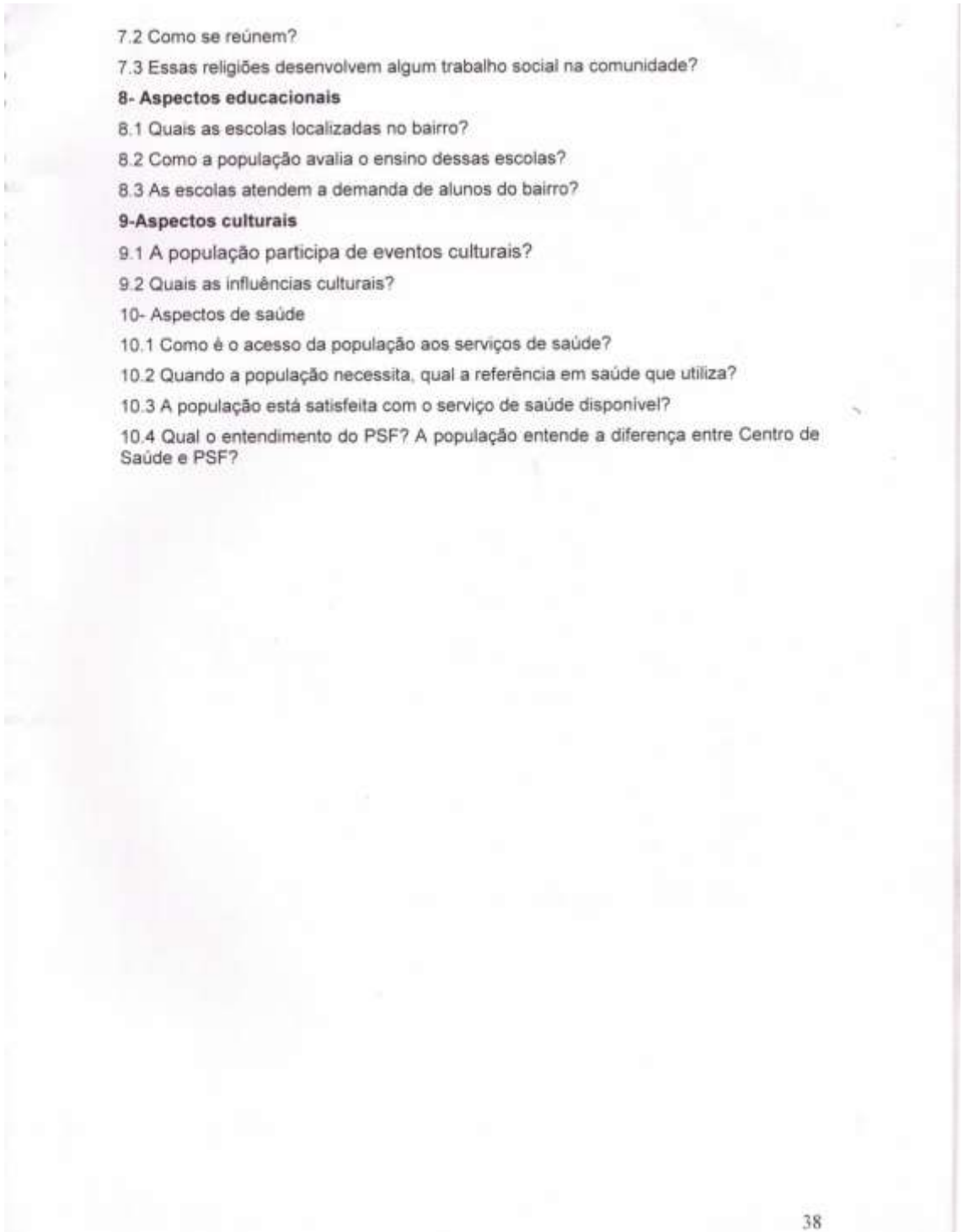
7- Aspectos religiosos

7.1 Quais religiões possuem instalações no bairro?

37

ANEXO XV
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira



7.2 Como se reúnem?

7.3 Essas religiões desenvolvem algum trabalho social na comunidade?

8- Aspectos educacionais

8.1 Quais as escolas localizadas no bairro?

8.2 Como a população avalia o ensino dessas escolas?

8.3 As escolas atendem a demanda de alunos do bairro?

9-Aspectos culturais

9.1 A população participa de eventos culturais?

9.2 Quais as influências culturais?

10- Aspectos de saúde

10.1 Como é o acesso da população aos serviços de saúde?

10.2 Quando a população necessita, qual a referência em saúde que utiliza?

10.3 A população está satisfeita com o serviço de saúde disponível?

10.4 Qual o entendimento do PSF? A população entende a diferença entre Centro de Saúde e PSF?

38

Fonte: PROCESSO DE RE-TERRITORIALIZAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO BAIRRO MORRINHOS EQUIPE I, 2007.
Autores:ACADÊMICA: MARÍLIA DAVID BORGES.
PRECEPTOR: ENFERMEIRO MARDEN COSTA LOPES.

ANEXO XVI
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

ROTEIRO DE ENTREVISTA A SER APLICADO NO MORRINHOS III (2008)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO 8º PERÍODO
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – MORRINHOS

Esta entrevista tem como objetivo coletar dados, sobre as condições de vida da população de abrangência do PSF Morrinhos, que serão usados no planejamento das ações de saúde dos acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem – UNIMONTES, durante o 1º semestre de 2008. Garantimos que sua identidade não será divulgada.

Data:____/____/_____ **Hora:**____:____h

I – IDENTIFICAÇÃO:

Nome:_____
Idade: _____ anos Sexo:_____
Estado civil:_____
Profissão:_____
Endereço:_____
_____
Micro área:_____ ACS:_____
Tempo que reside no bairro:_____

II – HISTÓRICO DO BAIRRO:

1. Quando e como o bairro foi fundado?_____
_____
_____
2. Quem foram os primeiros moradores?_____
_____
3. Como anda o desenvolvimento do bairro?_____
_____
_____

ANEXO XVI
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

III – EDUCAÇÃO:

1. Existem escolas no bairro? Quantas? Quais?
2. Existem creches no bairro? Quantas? Quais?
3. A maioria das pessoas é alfabetizada? _____
4. As escolas satisfazem as necessidades da comunidade? _____

IV – SAÚDE:

1. De que as pessoas mais adoecem? _____
2. Qual o ponto de referência para a população doente em seu primeiro atendimento? _____
3. Estão satisfeitos com a assistência prestada neste centro de referência?
4. Quando foi fundado o PSF do Morrinhos? _____
5. Quem é o médico/ enfermeiro/ dentista da sua área?
6. Como é o atendimento no PSF Morrinhos?
7. Como anda a saúde bucal da comunidade? _____
8. Com que agilidade os problemas de saúde são resolvidos?

ANEXO XVI
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

V – SOCIAL:

1. Existem grupos organizados ativos? Quais?_____
2. Quem é o representante do bairro? _____

VI – INFRA-ESTRUTURA:

1. Como são as casas do bairro?_____
2. Como são as ruas?_____
3. Quando surgiu a luz elétrica?_____
4. Como é o abastecimento de água e a rede de esgoto?_____
   _____
5. Como é a telefonia?_____
6. A infra-estrutura atende as necessidades da população?_____
   _____

VII – TRANSPORTE:

1. Quais os principais meios de transporte? _____
2. Como as pessoas se locomovem?_____
3. Como é o transporte coletivo?_____
4. Satisfaz a comunidade?_____

VIII – ECONOMIA:

1. Quais as fontes de renda dos moradores do bairro?
   _____
2. A população usufrui de bolsas do governo? Quais?_____
3. Como está o desemprego no bairro? _____

ANEXO XVI
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

IX – RELIGIÃO:

1. Quais as comunidades religiosas do bairro? _____
2. Existem grupos de oração? _____
3. Qual a religião predominante? _____

X – LAZER:

1. O que a população faz para se divertir? _____
2. Quais os locais de lazer do bairro? _____

XI – ALIMENTAÇÃO:

1. A comunidade se alimenta de quê? _____
2. Existem pessoas que passam fome no bairro? _____

XII – PROBLEMAS:

1. Quais os problemas mais importantes existentes no bairro? _____
2. A comunidade já tentou solucionar estes problemas? Como? _____
3. O que você acha que ajudaria solucionar estes problemas? _____

Indicação: _____

Fonte: TERRITORIALIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO BAIRRO MORRINHOS EQUIPE III, 2008.
Autores:ACADÊMICA: PRISCILA MOREIRA VALIATI.
PRECEPTOR: ENFERMEIRO MARDEN COSTA LOPES.

ANEXO XVII
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

MATRIZ PARA LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO E RESPECTIVAS FONTES DE COLETA

APÊNDICE B - Matriz para levantamento das necessidades de informação e respectivas fontes de coleta

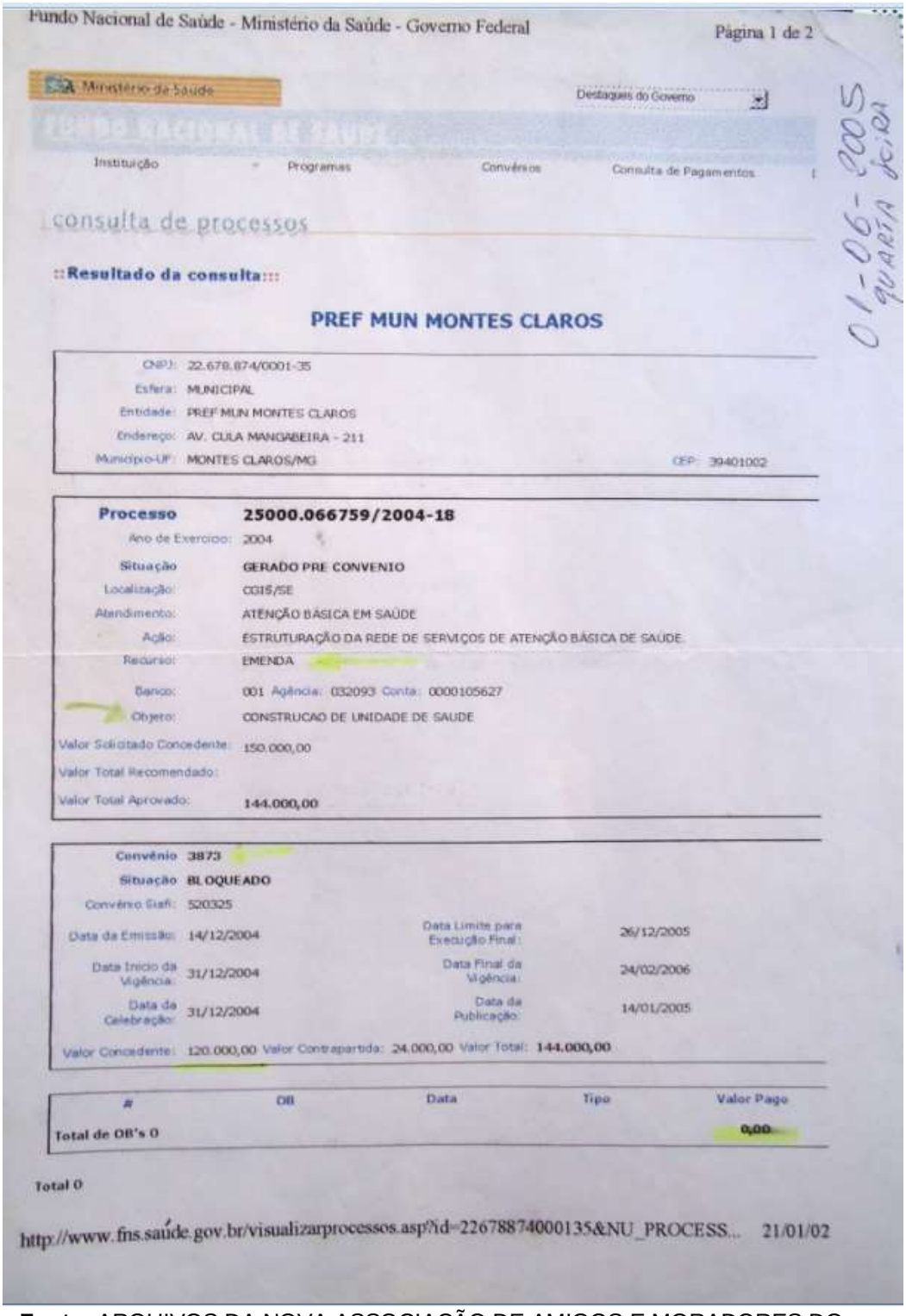
Informações Necessárias	Fontes		
	Observação	Entrevista (informantes-chave)	Dados secundários (registros e entrevistas)
População Número de habitantes por sexo e idade Estrutura familiar			Censo 2000/IBGE
Histórica do bairro		Sim	Copasa InterTV Centro Cultural
Organização e mobilização	Sim	Sim	Associação de Bairro
Aspecto positivos da comunidade	Sim	Sim	
Principais problemas	Sim	Sim	Associação de Bairro
Socioeconômicos Escolaridade Perfil de ocupação Atividade laborativa (emprego) Renda familiar Número de pessoas por domicílio Atividades culturais e de lazer Segurança pública	 Sim	 Sim Sim	 Censo 2000/IBGE Batalhão de Polícia Escolas Creches
Perfil de doenças Morbidade por sexo e idade Cobertura Vacinal Mortalidade por idade, sexo e causa Nascidos Vivos Doenças de Notificação Compulsória			Epidemiologia - Secretaria de Saúde Unidade de Saúde Cintra Centro de Zoonoses
Recursos Equipamentos de lazer Assistência à saúde (público ou privado, acesso, cobertura) Centros educativos Projetos sociais Grupos religiosos	 Sim Sim	 Sim Sim Sim Sim Sim	Associação de Bairro Associação dos Catopés Unidade de Saúde Cintra Escolas Creches Secretaria de Ação Social Pastoral da Criança Igrejas Evangélicas
Infra-estrutura Tipo de moradia Abastecimento de água Situação do lixo Situação do esgoto Iluminação domiciliar e vias públicas Pavimentação das vias Transporte	Sim Sim Sim Sim Sim Sim	 Sim Sim Sim Sim	Copasa Censo 2000/IBGE Cemig Transmontes

Fonte:RELATÓRIO: TERRITORIALIZAÇÃO DO BAIRRO MORRINHOS, 2006.
Autores:PRECEPTOR: RESIDÊNCIA EM MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE DANILO MACEDO FERNANDO NARCISO et al.

ANEXO XVIII
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA PARA A CONSTRUÇÃO DA UBS



Fundo Nacional de Saúde - Ministério da Saúde - Governo Federal Página 1 de 2

Ministério da Saúde — Destaques do Governo

Instituição | Programas | Convênios | Consulta de Pagamentos

consulta de processos

::Resultado da consulta:::

PREF MUN MONTES CLAROS

CNPJ: 22.679.874/0001-35
Esfera: MUNICIPAL
Entidade: PREF MUN MONTES CLAROS
Endereço: AV. CULA MANGABEIRA - 211
Município-UF: MONTES CLAROS/MG CEP: 39401002

Processo 25000.066759/2004-18
Ano de Exercício: 2004
Situação: GERADO PRE CONVENIO
Localização: CGIS/SE
Atendimento: ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
Ação: ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE
Recurso: EMENDA
Banco: 001 Agência: 032093 Conta: 0000105627
Objeto: CONSTRUCAO DE UNIDADE DE SAUDE
Valor Solicitado Concedente: 150.000,00
Valor Total Recomendado:
Valor Total Aprovado: 144.000,00

Convênio 3873
Situação BLOQUEADO
Convênio Siafi: 520325
Data da Emissão: 14/12/2004 — Data Limite para Execução Final: 26/12/2005
Data Início da Vigência: 31/12/2004 — Data Final da Vigência: 24/02/2006
Data da Celebração: 31/12/2004 — Data da Publicação: 14/01/2005
Valor Concedente: 120.000,00 Valor Contrapartida: 24.000,00 Valor Total: 144.000,00

#	OB	Data	Tipo	Valor Pago
Total de OB's 0				0,00

Total 0

http://www.fns.saúde.gov.br/visualizarprocessos.asp?id=22678874000135&NU_PROCESS... 21/01/02

01-06-2005 QUARTA feira

Fonte: ARQUIVOS DA NOVA ASSOCIAÇÃO DE AMIGOS E MORADORES DO BAIRRO MORRINHOS

ANEXO XIX
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

CARTA AO PREFEITO DE MONTES CLAROS SOLICITANDO CONTRUÇÃO DA UBS MORRINHOS

Nova Associação de Amigos e Moradores do Bairro Morrinhos
CNPJ: 01.307.234/0001-49
Rua Melo Viana, 605 – Bairro Morrinhos

Ilmo.
Dr. **Athos Avelino Pereira**
DD. **Prefeito Municipal de Montes Claros**

Prezado Senhor

Venho através desta humilde carta, pedir em nome da comunidade do Bairro Morrinhos, que Vossa Excelência interceda junto a Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual da Saúde, Ministério da Saúde e outros, para a construção na nossa unidade de saúde.

Há muitos anos nossa comunidade vem lutando para termos PSF. São mais de 20 anos de espera. Todos os prefeitos que passaram vinham com discursos eleitoreiros, fazendo promessas em vão, nos iludindo com palavras bonitas, comícios luxuosos, enfim, todos aqueles que prometeram, nunca mais retornaram ao nosso bairro, nem mesmo para agradecer os votos obtidos.

E é por isso Dr. Athos, que vimos até V. Sa., acreditamos no Senhor, pois quando em campanha a Deputado Federal, em suas caminhadas em nosso bairro, sem prometer nada, e quando eleito, Vossa Excelência lembrou-se do nosso bairro e conseguiu a aprovação de **EMENDA ORÇAMENTÁRIA**, para construir o nosso USF.

O Secretário Municipal de Saúde, Dr. João Batista Silvério, nos falou que até dia 31/12/2005, estaria inaugurando o PSF do bairro Morrinhos, e até a presente data, não vimos nenhum movimento. Assim, entendemos que a preocupação com a saúde da comunidade V.Sa.tem, não vai nos deixar esperando como o fez outros Prefeitos que aqui passaram.

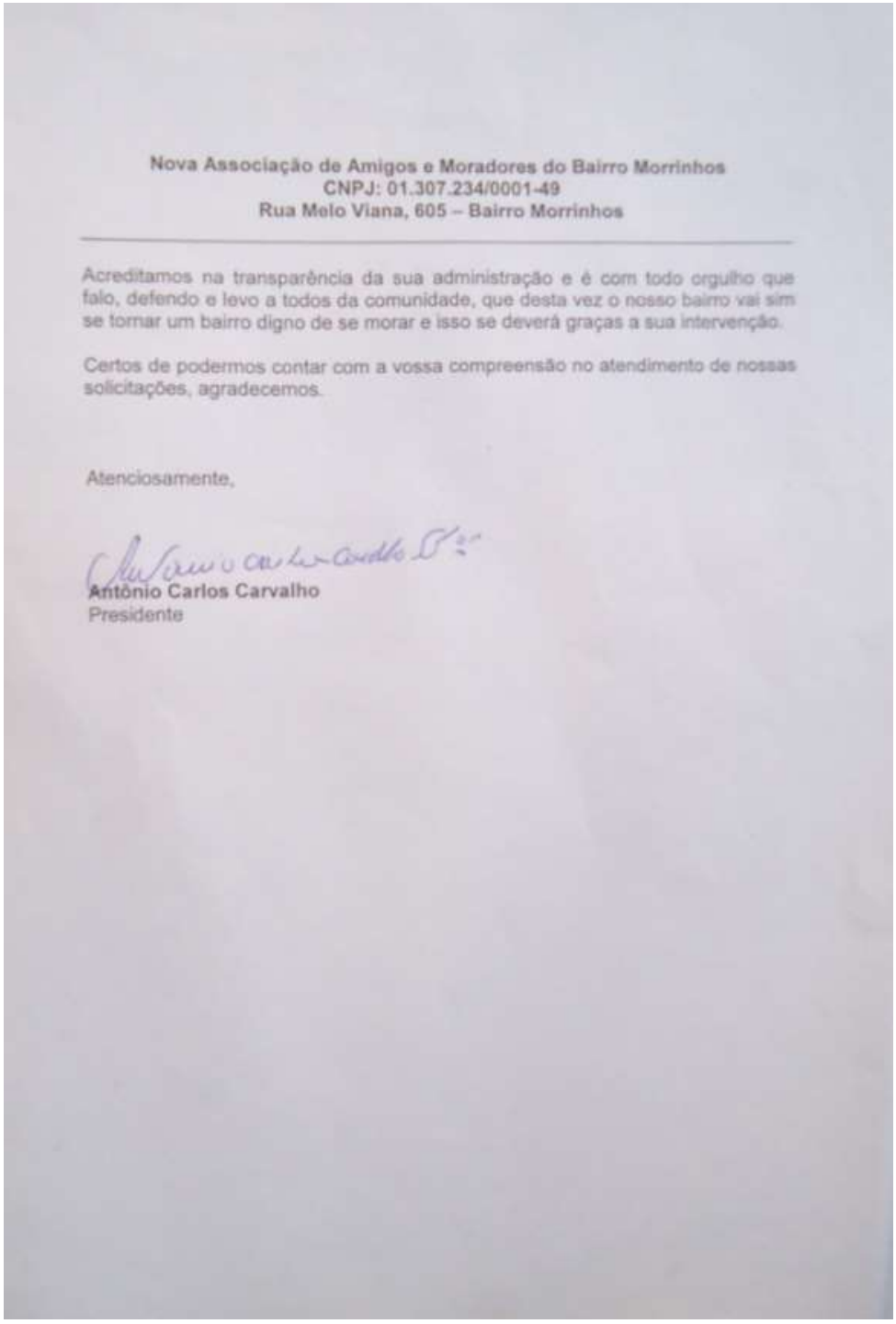
Dr Athos Avelino, acreditamos que o Sr. é conhecedor do descaso e das dificuldades que se encontra o nosso bairro quanto ao atendimento médico aos membros de nossa comunidade.

Dr. Athos somos seus eleitores, e eu, particularmente, e porque acreditei e acredito no Sr., fiz campanha para sua eleição, naquele momento não pensava nem ser candidato a Presidente do meu bairro; dediquei muito, no meu Salão Ruas, para mostrar a comunidade, que na sua administração, olharia para o nosso bairro, pois nasci e cresci ali.

O vice-Prefeito, SUED Botelho, também nasceu e foi criado em nosso bairro.

ANEXO XIX
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira



Nova Associação de Amigos e Moradores do Bairro Morrinhos
CNPJ: 01.307.234/0001-49
Rua Melo Viana, 605 – Bairro Morrinhos

Acreditamos na transparência da sua administração e é com todo orgulho que falo, defendo e levo a todos da comunidade, que desta vez o nosso bairro vai sim se tornar um bairro digno de se morar e isso se deverá graças a sua intervenção.

Certos de podermos contar com a vossa compreensão no atendimento de nossas solicitações, agradecemos.

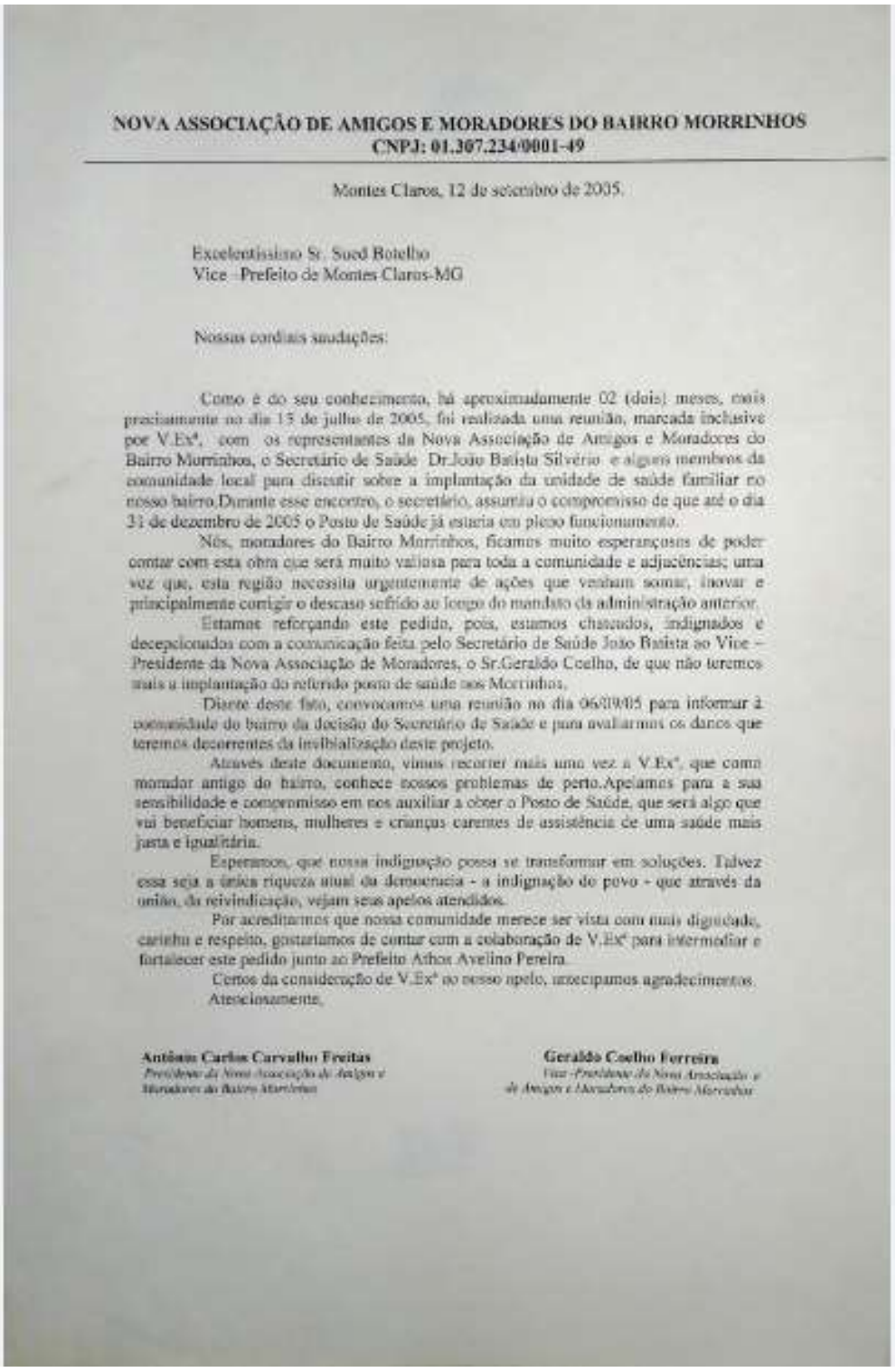
Atenciosamente,

Antônio Carlos Carvalho
Presidente

ANEXO XX
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

OFÍCIO AO VICE-PREFEITO SUED BOTELHO: ASSUNTO UBS MORRINHOS



NOVA ASSOCIAÇÃO DE AMIGOS E MORADORES DO BAIRRO MORRINHOS
CNPJ: 01.307.234/0001-49

Montes Claros, 12 de setembro de 2005.

Excelentíssimo Sr. Sued Botelho
Vice - Prefeito de Montes Claros-MG

Nossas cordiais saudações:

Como é do seu conhecimento, há aproximadamente 02 (dois) meses, mais precisamente no dia 15 de julho de 2005, foi realizada uma reunião, marcada inclusive por V.Exª, com os representantes da Nova Associação de Amigos e Moradores do Bairro Morrinhos, o Secretário de Saúde Dr.João Batista Silvério e alguns membros da comunidade local para discutir sobre a implantação da unidade de saúde familiar no nosso bairro.Durante esse encontro, o secretário, assumiu o compromisso de que até o dia 31 de dezembro de 2005 o Posto de Saúde já estaria em pleno funcionamento.

Nós, moradores do Bairro Morrinhos, ficamos muito esperançosos de poder contar com esta obra que será muito valiosa para toda a comunidade e adjacências; uma vez que, esta região necessita urgentemente de ações que venham somar, inovar e principalmente corrigir o descaso sofrido ao longo do mandato da administração anterior.

Estamos reforçando este pedido, pois, estamos chateados, indignados e decepcionados com a comunicação feita pelo Secretário de Saúde João Batista ao Vice – Presidente da Nova Associação de Moradores, o Sr.Geraldo Coelho, de que não teremos mais a implantação do referido posto de saúde nos Morrinhos.

Diante deste fato, convocamos uma reunião no dia 06/09/05 para informar à comunidade do bairro da decisão do Secretário de Saúde e para avaliarmos os danos que teremos decorrentes da inviabilização deste projeto.

Através deste documento, viemos recorrer mais uma vez a V.Exª, que como morador antigo do bairro, conhece nossos problemas de perto.Apelamos para a sua sensibilidade e compromisso em nos auxiliar a obter o Posto de Saúde, que será algo que vai beneficiar homens, mulheres e crianças carentes de assistência de uma saúde mais justa e igualitária.

Esperamos, que nossa indignação possa se transformar em soluções. Talvez essa seja a única riqueza atual da democracia - a indignação do povo - que através da união, da reivindicação, vejam seus apelos atendidos.

Por acreditarmos que nossa comunidade merece ser vista com mais dignidade, carinho e respeito, gostaríamos de contar com a colaboração de V.Exª para intermediar e fortalecer este pedido junto ao Prefeito Athos Avelino Pereira.

Certos da consideração de V.Exª ao nosso apelo, antecipamos agradecimentos.

Atenciosamente,

Antônio Carlos Carvalho Freitas
Presidente da Nova Associação de Amigos e Moradores do Bairro Morrinhos

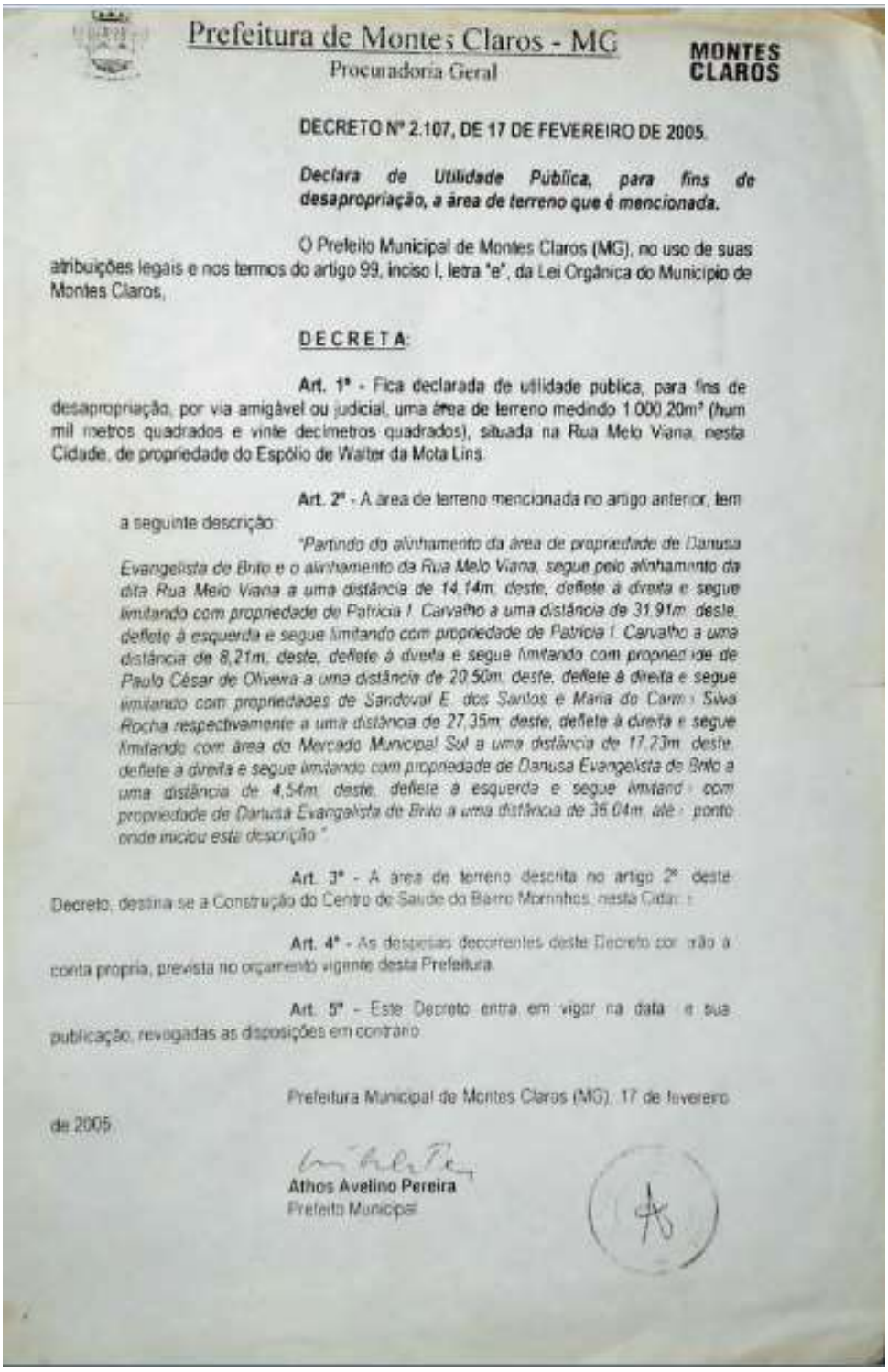
Geraldo Coelho Ferreira
Vice-Presidente da Nova Associação de Amigos e Moradores do Bairro Morrinhos

Fonte: ARQUIVOS DA NOVA ASSOCIAÇÃO DE AMIGOS E MORADORES DO BAIRRO MORRINHOS

ANEXO XXI
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

DECRETO DA CONSTRUÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE DO BAIRRO MORRINHOS



Prefeitura de Montes Claros - MG
Procuradoria Geral

MONTES CLAROS

DECRETO Nº 2.107, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2005.

Declara de Utilidade Pública, para fins de desapropriação, a área de terreno que é mencionada.

O Prefeito Municipal de Montes Claros (MG), no uso de suas atribuições legais e nos termos do artigo 99, inciso I, letra "e", da Lei Orgânica do Município de Montes Claros,

DECRETA:

Art. 1º - Fica declarada de utilidade pública, para fins de desapropriação, por via amigável ou judicial, uma área de terreno medindo 1.000,20m² (hum mil metros quadrados e vinte decímetros quadrados), situada na Rua Melo Viana, nesta Cidade, de propriedade do Espólio de Walter da Mota Lins.

Art. 2º - A área de terreno mencionada no artigo anterior, tem a seguinte descrição:

"Partindo do alinhamento da área de propriedade de Danusa Evangelista de Brito e o alinhamento da Rua Melo Viana, segue pelo alinhamento da dita Rua Melo Viana a uma distância de 14,14m, deste, defete à direita e segue limitando com propriedade de Patrícia I. Carvalho a uma distância de 31,91m deste, defete à esquerda e segue limitando com propriedade de Patrícia I. Carvalho a uma distância de 8,21m, deste, defete à direita e segue limitando com propriedade de Paulo César de Oliveira a uma distância de 20,50m, deste, defete à direita e segue limitando com propriedades de Sandoval E. dos Santos e Maria do Carmo Silva Rocha respectivamente a uma distância de 27,35m, deste, defete à direita e segue limitando com área do Mercado Municipal Sul a uma distância de 17,23m, deste, defete à direita e segue limitando com propriedade de Danusa Evangelista de Brito a uma distância de 4,54m, deste, defete à esquerda e segue limitando com propriedade de Danusa Evangelista de Brito a uma distância de 36,04m, até o ponto onde iniciou esta descrição."

Art. 3º - A área de terreno descrita no artigo 2º deste Decreto, destina-se à Construção do Centro de Saúde do Bairro Morrinhos, nesta Cidade.

Art. 4º - As despesas decorrentes deste Decreto correrão à conta própria, prevista no orçamento vigente desta Prefeitura.

Art. 5º - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Prefeitura Municipal de Montes Claros (MG), 17 de fevereiro de 2005.

Athos Avelino Pereira
Prefeito Municipal

Fonte: ARQUIVOS DA NOVA ASSOCIAÇÃO DE AMIGOS E MORADORES DO BAIRRO MORRINHOS

ANEXO XXII
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
TESE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO MORRINHOS – MONTES CLAROS/MG: uma contribuição geográfica

Autora: Iara Maria Soares Costa da Silveira

SUGESTÕES DA ASSOCIAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DA UBS MORRINHOS

Montes Claros (MG), 05 de março de 2008

Oficio Nº 01/ 05-03-2008.

A Athos Avelino Pereira
M.D Prefeito

Prezado Senhor,

O Conselho Local de Saúde dos bairros Morrinhos e Vila Luiza vêm, através deste, solicitar o aumento do número das cotas de exames laboratoriais e o término da construção de toda a obra da unidade. A Solicitação está sendo feita devido ao grande número de reclamações dos moradores/ usuarios do PSF – Morrinhos e Vila Luiza quanto ao numero insuficiente de cotas de exames laboratoriais, a demora e dificuldade no atendimento médico e odontológico devido à estrutura física inadequada da unidade e ao problema dos consultórios odontológicos que, atualmente, funcionam no centro de Saúde Cintra.

Nós, do Conselho Local de Saúde, juntamente com os Servidores do PSF e membros da diretoria da Associação de Moradores dos referidos bairros, fizemos uma visita à construção da unidade de saúde, quando tivemos o conhecimento de que somente o primeiro piso será inaugurado em junho de 2008 e, como os consultórios odontológicos estão localizados no segundo piso, analisamos a planta da obra auxiliados por Geronilde Moreira Santos encarregado da mesma e sugerimos algumas adaptações essenciais para que os anseios da população sejam atendidos.

1. **Sala de cuidados básicos**: adaptá-la e viabilizá-la para implantação de três cadeiras odontológicas, transferindo-a provisoriamente para a sala de curativo;
2. **Depósitos de equipamentos**: transformá-la em consultório médico/ enfermagem, aumentar a janela e adaptar/ implantar ponto de água e esgoto;
3. **Escada em frente ao depósito de equipamentos**: eliminá-la e transformá-la em cuidados básicos;
4. **Depósito de lixo**:
4.1 Depósito de lixo 01: transformá-lo em lavagem de instrumental e expurgo;
4.2 Depósito de lixo 02: transformá-lo em sala de esterilização.

Lembramos que temos a obrigação de dar um retorno à comunidade. Aguardamos uma solução rápida, uma vez que haverá no dia 13 de março, assembléia geral.

Na oportunidade solicitamos o término de toda a obra, e, em caráter de urgência, o término do primeiro piso e suas adaptações.

Certos de contarmos com vossa atenção, agradecemos.

Atenciosamente,

Danilo Fernando Macedo
Médico Coordenador do PSF Morrinhos

Denize Antunes Miranda
Presidente do Conselho Local de Saúde

Marden Costa Lopes
Enfermeiro Coordenador do PSF Morrinhos

Walder Xavier
Vice-presidente do Conselho Local de Saúde

Dulce Sarmento
Dentista Coordenadora do PSF Morrinhos

Antônio Carlos Carvalho
Presidente Associação de Moradores do Morrinhos

Marlene Oliveira
Presidente Associação de Moradores da Vila Luiza

Recebi em 06/03/08

Fonte: ARQUIVOS DA NOVA ASSOCIAÇÃO DE AMIGOS E MORADORES DO BAIRRO MORRINHOS