

DILEMAS E DESAFIOS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BOCAIUVA-MG

Liliane Souto⁶

Sandra Célia Muniz Magalhães⁷

Resumo: Tendo em vista o cenário atual da saúde no Brasil, faz-se necessárias mudanças nas práticas de saúde, neste contexto, o Programa Saúde da Família- PSF surge como estratégia de mudança, centrado na atenção à família, focando a prevenção de doenças e promoção à saúde. Dessa forma este artigo tem como objetivo discutir a importância do território associado às perspectivas da proposta de saúde do PSF, enfatizando o município de Bocaiúva. Os procedimentos metodológicos foram revisão bibliográfica e documental, pesquisas informais com a finalidade de obter informações relacionadas à saúde e em especial aos PSFs de Bocaiúva, foram realizados ainda trabalhos de campo nos PSFs Bonfim, Esperança, Pernambuco, Renovação para avaliar o funcionamento e obter dados, documentos e mapas das áreas de atuação desses PSFs. É fundamental que a ciência geográfica seja identificada em toda a estrutura do trabalho uma vez que a contribuição dessa ciência é infinita para a evolução do homem e a dinâmica que envolve sua sobrevivência. Nesse sentido as informações fornecidas por este trabalho poderão servir de base para futuros estudos e novas ações do programa.

Palavras-chave: Bocaiúva. Território. Saúde. Programa Saúde da Família - PSF

⁶ Graduada em Geografia pela Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. lilianesouto20@yahoo.com.br

⁷ Mestre em Geografia. Professora do Departamento de Geociências. Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. Sandra.muniz@unimontes.br

DILEMMAS AND CHALLENGES OF THE FAMILY HEALTH PROGRAM – FHP IN BOCAIUVA – MG

Abstract: Given the current scenario of health in Brazil, it is becoming necessary changes in health practices in this context, the Family Health Program-FHP appears to change strategy, focusing attention on the family, disease prevention and health promotion. Thus this article aims to discuss the importance of territory associated to the prospects of the proposed FHP health, emphasizing Bocaiuva city. The methodological procedures were reviewed literature and documents, informal surveys with the purpose of obtaining information relating to health and especially the FHPs of Bocaiuva were also conducted fieldwork in the FHP of Bonfim, Esperança, Pernambuco, Renovação to assess the operation and obtain data , documents and maps of the FHPs areas. It is essential that the geographical science is identified throughout the structure of work since the contribution that science is infinite for the evolution of man and the dynamics surrounding their survival. In this sense the information provided by this work could form the basis for future studies and new program action.

Key-words: Bocaiuva. Territory. Health . Family Health Program - FHP

Introdução

Levando em consideração que o espaço quando apropriado torna-se território e assim palco da reprodução social, o sujeito consciente de sua participação passa a integrar o território reproduzindo o sentimento da territorialidade. Sendo assim, esse território manifesta os condicionantes das ações humanas que por sua vez, podem ser representadas pelas disparidades sócio-espaciais, desse modo o espaço se torna um determinante para as condições de vida da população. Portanto o reconhecimento do território é imprescindível para a caracterização da população.

Dentro de um território podem existir diversos territórios moldados a partir da vivência de seus agentes, que por sua vez seguem uma hierarquia de controle da ordem do espaço, que engloba o poder, delimitando recortes espaciais numa escala local, regional e nacional. Considerando os recortes do espaço no âmbito político administrativo, vê-se a atuação do Estado que através dos municípios busca reconhecer as particularidades de cada território e assim instituir suas ações para estabelecer seu poder.

Assim o território como palco de ações políticas – operacionais, é o espaço ativo, reprodutor de ações, onde são disponibilizados serviços à população numa dimensão local independente da escala em que este esteja reproduzido.

Quanto à saúde, Godim et al. (2002, p.10) apontam que as regiões da saúde são entendidas como “[...] recortes territoriais inserido em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais [...]”. Dentro da perspectiva de aproximação das ações das políticas sociais, houve a proposta da municipalização da saúde que traria como a priori a estruturação dos serviços de saúde em diferentes escalas territoriais, estruturando o sistema de saúde numa escala hierárquica, onde estado, município, região, bairro e micro-área disponibilizariam serviços de saúde à população. Segundo Mendes (1993) ao ordenar as práticas de intervenção no âmbito da saúde o território é subdividido em:

- Território – Distrito: onde segue a lógica político-administrativa focada no planejamento urbano e administrativo assistencial.
- Território – Área: configura-se como um território de determinação da co-responsabilidade pela saúde em determinado espaço, entre a população e serviços, bem como espaço de organização básica da prática da atenção à demanda populacional.
- Território – Micro área: é definida segundo a lógica da homogeneidade socioeconômica sanitária, sendo identificados espaços onde se concentram grupos populacionais com algumas características homogêneas de acordo com as suas condições objetivas de existência.
- Território – Moradia: institui-se no espaço de vida de uma micro-unidade social, sendo este território de grande valor operacional.

Assim a municipalização dos serviços de saúde surge como o redesenho da estrutura organizacional deste setor, levando em consideração não só o poder de atuação do Estado, mas todo o leque de agentes que participam da dinâmica territorial no âmbito da saúde. A noção de território como delimitação sociocultural abre espaço para novas práticas de saúde, na qual o território da saúde configura-se pela particularidade de cada área delimitada, respeitando suas especificidades e buscando a integração população-serviço destes locais, assim o município adquire sua autonomia podendo reforçar seu poder de atuação.

Dentro do redesenho das ações de saúde é imprescindível a articulação entre regionalização e municipalização, tendo o município maior disponibilidade de recursos e abrangência de serviços, disponibilizando atendimento além de seus limites; servindo a outros municípios e sistematizando o atendimento numa escala regional, de forma que o município sirva de pólo integrador dos serviços de saúde à outros municípios delimitados numa mesma região.

Godim et al (2002, p.4) destacam que “a articulação entre a regionalização e a municipalização se daria por meio de um movimento sincrônico de descentralização e centralização das ações”. Nesse sentido a proposta da municipalização da saúde veio com o objetivo de garantir aos municípios autonomia no atendimento à saúde de sua população, podendo haver uma aproximação e integração entre os serviços públicos municipais disponíveis e a população. A população por sua vez estaria buscando atendimento sem deslocar do seu território, assim a população local não sofreria uma desconectividade de seu território, sendo atendido dentro das perspectivas já comuns do seu meio. Assim quanto mais próximo ao fato ocorrido à solução for tomada, maior a possibilidade de resultados positivos. Então o deslocamento em muitos casos deixaria de ser necessário, deixando espaço para que o município possa assegurar à sua população os serviços básicos de saúde em uma escala menor de tempo e custo.

Dessa forma este artigo tem como objetivo discutir a importância do território associado às perspectivas da proposta de saúde do PSF, enfatizando o município de Bocaiúva. Os procedimentos metodológicos foram revisão bibliográfica e documental, pesquisas informais com a finalidade de obter informações relacionadas à saúde e em especial aos PSFs de Bocaiúva, foram realizados ainda trabalhos de campo nos PSFs Bonfim, Esperança, Pernambuco, Renovação para avaliar o funcionamento e obter dados, documentos e mapas das áreas de atuação desses PSFs.

No sistema de saúde o reconhecimento do território está atrelado à lógica da relação entre as condições de vida e o acesso aos serviços de saúde. Por meio do território pode haver uma ampliação das ações políticas de saúde, sistematizando o esquema de território utilizado, buscando através da identificação das particularidades sócio econômicas da população estratégias específicas na área da saúde que atendam as necessidades da população em escala local.

Considerações sobre o Sistema Único de Saúde – SUS

A constituição federal de 1988, artigo 196 assegura que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida através de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, assim como, ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Diante desse direito do cidadão especificado constitucionalmente, foi criado no mesmo ano e constituição, regulamentado pelas Leis nº 8080/90 (lei orgânica de saúde) e nº 8.142/90 o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças sob qualquer pretexto. Mediante a constituição do Sistema Único de Saúde são observados princípios e diretrizes que definem e norteiam a formulação da Política Nacional de Saúde constitucionalmente

estabelecidas em 1988, ou seja, a universalização, a integralidade, a equidade e a descentralização.

A partir da reforma sanitária Brasileira na década de 1970-80 houve uma reformulação do Sistema Único de Saúde, levando em consideração as falhas no sistema de saúde adotado pelo país até então, trazendo como proposta principal a promoção da saúde em caráter de ações preventivas e o esclarecimento à população sobre seus direitos.

O SUS tendo como principal proposta à universalização do sistema de saúde, aponta suas diretrizes para a regionalização, a descentralização das ações e a municipalização dos serviços de saúde, levando em consideração as particularidades dos municípios, Godim et al (2002, p.5) destacam que:

Mesmo evidenciando desde o início, em seus princípios e diretrizes – nacionais e estaduais – a importância de se atuar sobre os problemas de saúde, e que, considerando a efetividade das intervenções, só seria possível quando se conseguissem respeitar as condições sociais, culturais, institucionais e epidemiológicas dos níveis local, regional, ou microrregional, deixava-s em aberto à possibilidade de adaptações e alternativas operacionais segundo as especificidades dos territórios, sem fazer menção ao nível municipal.

Assim a proposta de municipalização não descarta a importância do estado para a eficácia do sistema de saúde, no entanto, quanto menor for à delimitação do território trabalhado, maior a visualização das necessidades e especificidades em escala local. Gil et al. (2009, p 35) colocam que:

O processo de regionalização proposto pelo Ministério da Saúde define região de saúde como a base territorial de planejamento da atenção à saúde da saúde e que deve levar em consideração as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas.

Tendo em vista os programas de saúde adotados dentro das perspectivas de regionalização da saúde, é perceptível que a reformulação do sistema de saúde está se estabelecendo sob bases sólidas. Ressaltando que o SUS busca o fortalecimento de suas propostas utilizando critérios que estejam engajados na realidade do Brasil, buscando na flexibilidade o espaço para parcerias políticas que viabilizem acordos em amplas escalas tais como intermunicipal, intergovernamentais.

Os procedimentos estratégicos do SUS estão estritamente relacionados ao conceito de território, sendo assim numa escala local o município representa a superfície

onde é tomada grande parte das decisões no âmbito das políticas de saúde dentro da perspectiva da descentralização. Dessa forma Barcellos e Monken (2007, p.234) colocam que:

As práticas de saúde avançam para a integração das ações curativas, promocionais e preventivas, de forma que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida das populações, e a regionalização e hierarquização dos serviços contemplam a organização dos estabelecimentos, delimitando uma base territorial, ou seja, uma área de atuação – da unidade de saúde, da equipe do médico da família, do agente de controle de endemias etc.

Assim o princípio da organização hierárquica de atuação do SUS seguiria a lógica do reconhecimento das necessidades e da dinâmica socioeconômica da população, que por sua vez participam na construção e reconstrução do território, possibilitando o conhecimento desse território. Nesse sentido fica explícito o papel social do território, Godim et al (2002) apontam que, o reconhecimento do território pode ser operacional para as ações de saúde devido a sua concretude, sintetizando a totalidade social e suas particularidades. Barcellos e Monken (2007) colocam que o território no campo da saúde pública tem várias conotações: por um lado, os sistemas de saúde se organizam sobre uma base territorial, o que significa que a distribuição dos serviços de saúde segue uma lógica de delimitação.

Dentro dessa perspectiva fica claro que há a necessidade de delimitar um espaço geográfico para estruturação e organização dos serviços de saúde conciliáveis com as exigências e necessidades da população, tendo em vista que as diretrizes estratégicas do SUS estão relacionadas com a definição, das atividades econômicas e o ambiente. É importante salientar que a reorganização das práticas de saúde no nível local tem visado aos estabelecimentos de saúde além do papel funcional, a sistematização de integralidade da atenção, o que torna indispensável à identificação dos problemas e necessidades da população do determinado território (BATISTELLA et al., 2007).

Desse modo, os trabalhos dos profissionais e agentes envolvidos na prática da saúde, partem do pressuposto da análise prévia das condições de saúde, condicionadas a situação socioeconômica da população, visando à realidade e a necessidade predominante no território a ser desenvolvido o trabalho. Entretanto não se pode descartar o papel do Estado dentro da perspectiva das ações de saúde, uma vez que é imprescindível o papel do gestor federal, que trata da gestão e de sistematização do SUS na escala nacional.

Programa Saúde da Família – PSF: Funcionalidade e Inovação

A saúde vista como direito constitucional é um desafio para o Estado, visto que assegurar este direito vai além da resolução de problemas relacionados às doenças. A garantia ao direito à saúde envolve uma dinâmica mais complexa que diz respeito à moradia, educação saneamento básico dentre outros aspectos fundamentais a sobrevivência digna da população. Sendo assim Sousa (2007, p. 25) coloca que:

Há mais de vinte anos a Organização Mundial da Saúde lançou a meta global de Saúde Para Todos no ano 2000(SPT, 2000), cujo foco era a atenção primária em saúde-Aps, como forte potencial de responder à situação problema de baixa oferta das ações e serviços de saúde, os quais excluíram grande parte da população mundial e do Brasil em particular, signatário que foi referido pacto-compromisso.

Dentro das premissas da reorganização e inovação do Sistema Único de Saúde, foi implantado o Programa Saúde da Família, que enfatiza o processo de descentralização das ações saúde e da integração da sociedade por meio do Programa, sendo assim o PSF configura o caminho a ser trilhado pela saúde pública no Brasil. Sousa (2007) assinala que a estratégia de Saúde da família faz avançar essa concepção de descentralização de serviços essenciais realizados na comunidade, para a de serviços que envolvem a comunidade. Dessa forma a população poderá integrar e participar das diretrizes que envolvem os serviços de saúde de cada comunidade, visto que dentro da proposta dos PSFs, é imprescindível a atenção as particularidades de cada comunidade.

Atualmente, o PSF é definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que o termo programa indica atividade com início, desenvolvimento e finalização. Sendo assim o PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária onde não determina tempo para findar tal reorganização.

A trajetória do PSF foi fundamentada no Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que surgiu em 1991, com o objetivo de integrar a comunidade aos serviços de saúde. Assim a proposta da realização do trabalho comunitário por membros da própria comunidade, permite uma maior identificação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com a população da comunidade, o que resulta numa relação de confiança entre a população e o ACS.

Mediante resposta positiva do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, houve em 1994 a implantação do PSF no Brasil, que se consolidou como uma estratégia viável ao modelo de saúde descentralizador e integrador do Sus. Sousa (2007) destaca que o PSF é uma estratégia para conversão da forma de prestação de assistência à saúde induzindo um novo modelo de atenção à saúde. Dessa forma o PSF atua como meio de serviço, baseado em ações de saúde pública com caráter preventivo e com

princípios voltados para valorização da qualidade de vida, priorizando e reconhecendo por meio do trabalho dos agentes de saúde os grupos e áreas de risco eminente sem, no entanto, deixar de lado o princípio da universalidade da saúde, prestando atendimento a toda comunidade. Sousa (2007, p.38) aponta que o PSF atua como:

Uma estratégia para reverter à forma atual de prestação da assistência à saúde, na edificação de um novo modelo, cujo produto, resultado da substituição do processo de trabalho, é representado pela transformação das Unidades Básicas de Saúde em unidades de saúde da família, essas com a responsabilidade social de resolver de forma oportuna, resolutiva e humanizada, em média 85% das situações - problema encontrado em seus territórios de atuação.

Assim o PSF, baseado na universalidade do atendimento propiciaria práticas de saúde, vinculadas ao caráter social da população potencializando a relação entre a sociedade e os agentes de saúde.

Dessa forma o PSF vai de encontro às comunidades, com o intuito de ouvir as necessidades das famílias e planejar ações que sejam viáveis a demanda da comunidade, desse modo o PSF estabelece como meta, o atendimento preventivo, pautado na qualidade de vida. Sousa (2007) destaca a importância do PSF em mobilizar e incentivar a participação da comunidade em torno do interesse comum, de modo que os agentes comunitários de saúde e a comunidade criem um elo que traga ganhos positivos tanto nos aspectos da saúde como sociais uma vez que estes estão estritamente vinculados, já que a base para estruturação das ações de saúde, depende do processo de promoção social.

A municipalização dos serviços de saúde é uma das diretrizes no modelo descentralizador adotado pelo SUS, de forma que o município tenha a possibilidade de gerenciar as ações de saúde adotadas dentro do próprio município. Assim o PSF por meio do processo de municipalização, fornece subsídios que induzem à percepção das necessidades da comunidade local, influenciando no processo decisório das ações e políticas de saúde adotadas. Godim et al. (2002, p.4) apontam que:

A municipalização dos serviços de saúde foi colocada como diretriz operacional do novo sistema de saúde e trazia como idéia-força, para um novo desenho organizacional, a noção de território e a necessidade de se delimitar, para cada sistema local de saúde, uma base territorial de abrangência populacional, na perspectiva de se implantar novas práticas de saúde capazes de responder com resolutividade – equidade e integralidade de ações – as necessidades e aos problemas de saúde de cada área delimitada.

O pressuposto central da municipalização dos serviços de saúde consiste no elo entre o poder local e a municipalização da saúde, que por sua vez permite o avanço na implementação das ações e políticas de saúde. Nesse sentido o intermédio da municipalização traz um respaldo positivo no sistema de saúde pública dos municípios, uma vez que a autonomia das políticas locais já estava prevista na constituição de 1988, propondo uma autonomia política, administrativa e financeira dos municípios, ou seja, um tripé que se efetivou dentro das ações de saúde em escala local.

Para a organização do modelo descentralizador das ações de saúde proposto pelo Estado, foram definidas normas, contidas na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB) que é a portaria do governo federal onde são definidos os objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização e de relações entre as esferas de governo. A NOB 96 é de caráter transitório, podendo ser alterado e reeditado a qualquer momento. Nesse sentido é necessária a organização regionalizada e hierarquizada dos serviços de saúde. De acordo com a legislação Estruturante do SUS (2007, p.162) a (NOB) tem como finalidade básica:

Promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do distrito federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios (Artigo 30, incisos V e VII, e artigo 32, parágrafo 1º, da Constituição Federal, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS).

Dessa forma a Norma Operacional Básica 96 trata da integração entre gestores nas três esferas governamentais vigentes em nosso país. Assim é imprescindível que ocorra uma organização regionalizada e hierarquizada dos de serviços de saúde. Nesse sentido Trevisam (2006, p.896) destaca que “A Lei Orgânica da Saúde exige a prática constante da negociação entre as esferas de governo porque o Brasil é uma Federação”. Tendo a política de saúde autonomia para estimular o processo de municipalização do atendimento. Assim os municípios com o apoio do Estado estariam incumbidos de promover a sistematização das ações de saúde, principalmente os serviços de atenção básica e atendimento primário, prestando um atendimento de alta qualidade num nível local, previsto na NOBs 96.

Assim a Norma Operacional Básica de Saúde segundo Godim et al (2002) propõe o reordenamento do modelo de atenção, estabelecendo vínculos entre os serviços e os usuários por meio dos sistemas municipais de saúde. O que traz como reflexo a modernização e a integração dos serviços de saúde sem perder o ideal do modelo descentralizador. Desse modo os processos de implementação do PSF e da NOB/96

resultam em instrumentos viabilizadores e funcionais do processo de reforma do sistema de saúde do país.

De acordo com a legislação estruturante do SUS/CONASS (2007) aponta que no papel do município de acordo com a NOB ficam explícitas as responsabilidades do gestor municipal que mediante a habilitação dos municípios às diferentes condições de gestão tende a se posicionar de forma a declarar os compromissos assumidos por parte do gestor, perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade. Assim, é papel do município arcar com sua responsabilidade perante a população, lhes garantido a seguridade de seus direitos.

O Programa Saúde da Família em Bocaiúva

O município de Bocaiúva está localizado no Norte do Estado de Minas Gerais, a uma latitude de 17° 06' 28" Sul e uma longitude de 43° 48' 54" Oeste de Greenwich. A área territorial do município é de 3.232,66 km², limitando-se com os municípios de Glaucilândia, Montes Claros, Joaquim Felício, Buenópolis, Diamantina, Olhos d' água, Carbonita, Turmalina, Botumirim, Itacambira Guaraciama e Claro dos Poções. Sua população é de 42.764 habitantes, sendo 32.442 na área urbana, representado 75,86 % da população e 10.322 na área rural o que representa 24,14% da população (IBGE, 2000). A atividade produtiva predominante em Bocaiúva está sustentada na pecuária de corte, extração de carvão, indústria de transformação de magnésio e minério. O município faz parte da área de atuação da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste - SUDENE, e está dentro de uma das regiões mais pobres e com menor desenvolvimento social do país, fato que é determinante para a compreensão dos indicadores posteriormente demonstrados.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no município de Bocaiúva em janeiro de 1998, com o objetivo principal de suprir a carência da população quanto à assistência primária, possibilitar um acesso mais fácil aos serviços de saúde e desenvolver ações de cunho preventivo.

Inicialmente foram implantadas no município quatro equipes de PSF, sendo três urbanas, respectivamente nos bairros Pernambuco, Zumbi e Bonfim e uma equipe rural, no distrito de Engenheiro Dolabela. Mais tarde no ano de 1999, com base no progresso das equipes existentes, a Secretária Municipal de Saúde viu a necessidade de implantar mais equipes de saúde da família, sendo então criadas mais três equipes, uma urbana no bairro Nossa Senhora Aparecida e duas rurais, nos distritos de Terra Branca e Alto Belo, neste momento a zona rural foi priorizada, pois sua população apresentava uma maior carência e dificuldade ao acesso nos serviços de saúde. No início do ano 2000 já existiam no município dez PSFs sendo sete urbanos e três na zona rural. Atualmente (2010) Bocaiúva conta com treze Equipes de Saúde da Família

sendo quatro na zona rural: PSF Dolabela, PSF Sentinela, PSF Alto Belo e PSF São João. Na área urbana são nove equipes: PSF Pernambuco, PSF Bonfim, PSF Zumbi, PSF Nossa Senhora Aparecida, PSF Esperança, PSF Renovação, PSF Vida Melhor, PSF Vida e Saúde e PSF Conviver. A cobertura atual do programa em Bocaiúva é de 95,9 % da população, sendo a Secretaria Municipal de Saúde responsável pela gestão do programa no município.

As equipes de saúde da família no município seguem a recomendação da Portaria 648 de 28 de março de 2006, que estabelece uma equipe multiprofissional responsável por no máximo, 4.000 habitantes sendo a média recomendada de 3.000 habitantes. No município de Bocaiúva são atendidas cerca de 3.800 habitantes. Todas as equipes têm em seu quadro de profissionais: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Atualmente 9 ESF (2 zona rural e 7 zona urbana) possuem atendimento odontológico com equipe composta por: cirurgião dentista, técnico em higiene dental e auxiliar de consultório odontológico. Todos os profissionais têm uma jornada de trabalho de 40 horas semanais e exercem suas funções de acordo com as atribuições especificadas pela Portaria Nº 648/2006, podendo ser complementadas pela gestão local.

O Programa Saúde da Família no município de Bocaiúva não está configurado integralmente conforme as atribuições especificadas pela portaria, uma vez que as equipes de saúde da família do município não participam do processo de territorialização e mapeamento das áreas de atuação do programa. Sendo assim este processo não está sendo realizado de forma coerente, o que pode trazer perdas na atuação dos profissionais, uma vez que dificulta o planejamento das ações a serem executadas numa escala local. Assim há um prejuízo das equipes quanto à responsabilidade de zelar pela saúde da população, uma vez que dificulta o estabelecimento do vínculo entre a população e a Equipe Saúde da Família.

Outra situação adversa à proposta da portaria observada no município é quanto à dificuldade de obtenção e disponibilidade de dados, visto que não há uma organização desses dados, dificultando a formação de parcerias e da inserção da própria comunidade para a aquisição de recursos financeiros, uma vez que sem a sistematização e organização adequada dos dados, fica difícil dar feedback a comunidade. Além disso, a falta de dados compromete a qualidade das atividades do sistema nacional de informação de atenção básica, o que pode afetar o sistema de saúde num âmbito nacional, gerando um problema em grande escala. É importante ressaltar que o sucesso das ações de saúde parte em primeiro plano da colaboração e do comprometimento do governo no nível local.

Diante da exposição das atribuições comuns aos profissionais de saúde, cabe aos órgãos competentes fornecer os subsídios necessários ao cumprimento de tais determinações.

Em Bocaiúva pode ser observado que apesar dos profissionais enfrentarem algumas situações adversas como a falta de um local próprio para o funcionamento dos PSFs, falta da informatização das unidades e carência de equipamentos odontológicos, estes desempenham suas funções com competência e buscam o cumprimento das atribuições conforme a portaria. Sendo assim é possível constatar que os profissionais engajados no PSF de Bocaiúva atuam de forma positiva, pois, buscam superar as adversidades e colaboram com seu trabalho para que haja a evolução e o melhoramento das ações de saúde no município. Assim através dos seus profissionais as Equipes de Saúde da Família de Bocaiúva buscam a inserção e compreensão da dinâmica social da comunidade, expondo suas necessidades, potencialidades e limites. Nesse sentido Souza (2007, p.42) destaca que:

A equipe deve atuar junto à comunidade credencia-a a mobilizar e oferecer suporte à população na identificação dos fatores determinantes do processo saúde/ doença, para promover as mudanças relacionadas à melhoria das condições de vida/saúde, além de possibilitar maior identidade das famílias com os serviços de saúde, estabelecendo a efetiva ligação entre ambos.

Assim é perceptível que dentre as atribuições aos profissionais de PSF todas estão estritamente vinculadas ao elo que o Agente Comunitário de Saúde cria com a comunidade o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a Equipe de Saúde da Família.

A partir da definição dos objetivos do PSF é necessário que seja visto a situação da saúde num sentido mais amplo em que insere as condições sociais, econômicas, sanitárias dentre outras. Os trabalhos desenvolvidos pelas ESF geram uma quantidade significativa de dados, o que fez necessário o desenvolvimento do Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB). Este sistema produz relatórios que auxiliam as equipes, as unidades básicas de saúde e os gestores municipais no acompanhamento dos trabalhos possibilitando a avaliação sobre sua qualidade. O Quadro 1 traz o enfoque principal do estudo no qual apresenta os indicadores de atenção básica de saúde, baseados em dados do SIAB do município de Bocaiúva.

Quadro 1 - Indicadores de Atenção Básica

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Modelo de atenção	PSF	PSF	PSF	PSF	PSF	PSF
População coberta	42.041	42.202	42.202	42.202	43.500	43.912
Media mensal de visitas por família	0,8	0,8	0,8	0,10	0,8	0,9
% de crianças c/ esq. vacinal básico em dia	97,4	98,6	98,1	98,00	97,00	98,3
% de crianças com aleit. materno exclusivo	78,3	79,7	85,2	83,7	81,9	83,4
% de cobertura de consultas de pré-natal	86,0	88,6	88,2	89,9	93,9	94,8
Taxa mortalidade infantil por diarreia *	_	1,8	_	_	1,7	1,5
Prevalência de desnutrição **	11,7	10,2	9,1	9,1	7,1	3,8
Taxa hospitalização por pneumonia ***	36,3	54,1	142,1	600,0	20,5	18,7
Taxa hospitalização por desidratação ***	5,4	12,2	36,2	112,5	1,0	2,3

Fonte: SIAB

*por 1.000 nascidos vivos

**em menores de 2 anos, por 100.

***em menores de 5 anos, por 1.0.

A partir da análise dos itens do Quadro 1 é possível observar a quantidade de dados fornecidos pelos PSFs através do Sistema de Informação de Assistência Básica (SIAB), onde são agrupados e atualizados os dados mensalmente colhidos pelas agentes de saúde através da visita domiciliar, nos atendimentos na unidade de saúde ou através dos programas e reuniões mensais com grupos específicos como por exemplo gestantes e idosos.

No município de Bocaiúva além das visitas domiciliares mensais pelas ACS, há também o trabalho desenvolvido com a comunidade em espaços coletivos, tais como palestras socioeducativas, grupos como HIPERDIA que atende hipertensos e diabéticos, bailes

da 3ª idade e ações de cunho social como o natal solidário.

As prioridades de atenção à saúde do município estão voltadas a ações preventivas, principalmente no que diz respeito à qualidade de vida da população, onde são realizadas ações como caminhadas comunitárias, atendimento direcionado a hipertensos e diabéticos, terapias ocupacionais como artesanato e atividades físicas. Através desses trabalhos os PSFs buscam contribuir com a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos no município. Além das ações sociais desenvolvidas nos PSFs, há no município o trabalho desenvolvido pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família com a atuação de assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e educador físico, dentre outros núcleos de reabilitação e reinserção social. É nesse sentido que o Programa Saúde da Família busca a transformação do sistema de saúde, impondo nesse novo modelo de atenção espaço para a colaboração entre as áreas de promoção e assistência a saúde e a população.

Dilemas e Desafios do Programa Saúde da Família – PSF em Bocaiúva

Em geral as equipes de saúde da família são preparadas para atender de forma padrão a comunidade, no entanto, respeitando a necessidade de cada comunidade, desempenhando trabalhos voltados para a realidade da população local.

No município de Bocaiúva o Programa Saúde da Família propicia a descentralização das ações de saúde, uma vez que o Programa configurou-se como principal meio de atendimento primário da cidade, no entanto a população continua procurando o pronto socorro para atendimentos primários que poderiam ser resolvidos no PSF, provocando excesso de trabalho no hospital, onde a priori seriam feitos os atendimentos de urgência e emergência. Mediante esse fato é necessário que seja feito um trabalho de conscientização da população quanto à necessidade de desobstrução do hospital e pronto socorro, principalmente pelo fato de no município só haver um hospital que presta esse tipo de atendimento, portanto a não integração entre as Equipes de Saúde da Família e a sociedade pode acarretar prejuízos a própria população.

Na busca da integração entre sociedade e Equipes de Saúde da Família, os PSFs de Bocaiúva vem desenvolvendo atividades que visem à participação e gerem confiança da população no Programa. Assim a população é convidada a participar das atividades e ações de saúde proposta pelas unidades, buscando desenvolver programações diversificadas de acordo com o perfil da população local. As equipes de saúde da família de Bocaiúva baseiam seu trabalho em ações que possam promover a saúde da população com caráter preventivo. Nesse sentido os PSFs do município abrem espaço e realizam palestras para a comunidade, com o objetivo conscientizar a população quanto à necessidade de participação no processo de saúde e na busca da qualidade de vida.

A principal deficiência dos PSF no município de Bocaiúva diz respeito à delimitação das bases territoriais de atuação das ESF. A implantação das unidades de saúde não foi estrategicamente realizada, uma vez que não houve um estudo prévio sobre a territorialização das áreas de atuação, como estabelecido na portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Como não foi levada em consideração a questão do território para delimitar as áreas de atuação dos PSF no município, há uma grande irregularidade na proporção e localização das comunidades atendidas. Enquanto o PSF Zumbi atende 942 famílias o PSF Renovação trabalha com uma sobrecarga de 1374 o que dá um contorno diferente no atendimento à população, uma vez que dentro das diretrizes do SUS está estabelecido a igualdade no atendimento. A ineficiência no processo de territorialização incorre em problemas tais como a população de uma determinada área ser atendida em um PSF distante de sua moradia ou mesmo fora da área de atuação do determinado PSF.

Sendo assim é perceptível que até o momento no município de Bocaiúva não foi levada em consideração a importância que tem a compreensão do território para as práticas de saúde. Por isso no município não há o desenvolvimento de um trabalho em que a demanda da população esteja equilibrada com a quantidade e localidade das equipes de saúde da família.

A falta dessa delimitação coerente das áreas de atuação dos PSFs em Bocaiúva vem prejudicando o trabalho das agentes de saúde que por sua vez chegam a se perder dentro de sua área de atuação invadindo o território de outros PSFs ou até mesmo deixando de visitar famílias que estejam inseridas dentro da sua área de atuação.

Os mapas da área de atuação dos PSFs de Bocaiúva são precários e não condizem com as delimitações do mapa do município apresentado pelo IBGE. Além disso, a secretaria de saúde não tem os mapas e nenhum registro que possa mostrar as delimitações de todos os PSFs do município.

A maior parte dos PSFs trabalham sem o auxílio de mapa do território, outros se vêm obrigados a trabalhar baseados em mapas antigos encontrados esporadicamente em arquivos das próprias unidades, sendo estes mapas confeccionados manualmente pelas próprias agentes de saúde, como é apresentado no Mapa 1, onde demonstra a precariedade de informações e qualidade do material que identifica as áreas do PSF de Bocaiúva.



Mapa 1: Área de atuação do PSF Esperança, Bocaiúva-Minas Gerais.

Fonte: PSF esperança, fevereiro/2010.

O Mapa 1 mostra a inconsistência do trabalho de territorialização do município. Diante da precariedade do único mapa localizando as áreas das equipes de saúde, fica subtendida a idéia de que no município não há a preocupação de se delimitar uma base territorial que atenda as necessidades específicas de cada local, ferindo a recomendação da portaria 648 onde determina que haja definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado e com atualização contínua.

Portanto, há no município a necessidade de uma reterritorialização e novo mapeamento das áreas atendidas pelas unidades do PSF, tendo em vista a expansão de vários bairros da cidade, o que decorre em famílias sem cadastro, unidades atendendo números de habitantes além do recomendado pela portaria e sobrecarga de trabalho aos profissionais. A falta de informações e precariedade dos dados fornecidos, além da ausência de continuidade dos trabalhos possibilita a constatação de que a proposta de municipalização dos serviços de saúde em Bocaiúva não está atendendo as diretrizes estabelecidas pelo SUS.

O próprio secretário de saúde admitiu o fato das informações, arquivos e documentos se perderem durante as trocas de administração, ou seja, a cada quatro anos é perdido todo trabalho desenvolvido no período, mostrando mais uma vez que o município não está atuando conforme as recomendações estabelecidas na portaria 648 uma vez que essa deixa explícita a necessidade de desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

Foi possível comprovar ainda que a obrigação de alimentar as bases de dados nacionais com os dados produzidos pelo sistema de saúde municipal, e a atualização do cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão, não vem sendo cumprida, já que na secretaria de saúde do município não havia a atualização dos dados a partir do ano de 2006. A combinação desses fatos gera o empobrecimento do trabalho das Equipes de Saúde da Família e conseqüentemente prejudica toda a população de Bocaiúva. Sendo assim, é necessário que sejam feitas as seguintes indagações:

- Os municípios estão preparados para assumir a responsabilidade de gerir a saúde dos seus munícipes?
- Os fundamentos básicos da proposta de descentralização da saúde estão sendo atendidos?
- Os trabalhos realizados nos PSFs estão sendo dotados de imparcialidade política?
- Há de fato articulação entre as três esferas de poder no que tange as diretrizes descentralizadoras do Sus?

O município de Bocaiúva não está cumprindo seu papel de acordo com a Norma Básica Operacional 96, que incumbe os municípios, com o apoio do Estado, de promover a sistematização das ações de saúde, pelo menos os serviços de atenção básica e atendimento primário, prestando um atendimento de alta qualidade num nível local. Assim, fica claro que o município de Bocaiúva não cumpre o princípio da descentralização, uma vez que esse se refere ao processo de ampliação das responsabilidades nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), pela formulação das políticas de saúde, seu planejamento, operacionalização e controle social. A qualidade no atendimento e as ações de saúde do município devem ser questionadas por não ter definido bases territoriais para a aplicação das ações de saúde, sendo o estabelecimento dessas bases o primeiro passo para a construção de um sistema de saúde sólido conforme proposto pelo Programa Saúde da Família.

Considerações finais

A implantação do Programa Saúde da Família - PSF no município de Bocaiúva ocorreu no ano de 1998 que através dos recursos e investimentos das três esferas de governo potencializou seu atendimento e abrangência chegando ao ano de 2009 com a excelência de 95,9% em atendimento, demonstrando a importância e funcionalidade do PSF no município de Bocaiúva como principal meio de atendimento básico a saúde.

Mesmo com as dificuldades e falhas em instituir no município de Bocaiúva um território delimitado as práticas de saúde, foi possível perceber a importância da compreensão do espaço para a saúde, uma vez que é fundamental a associação da categoria território as perspectivas de saúde propostas pelo PSF.

De forma geral a saúde no município de Bocaiúva vem sendo reestruturada, e mesmo com as falhas e dificuldades encontradas na gestão dos PSFs no município estes se configuram como principal meio de atenção primária de saúde no município. As equipes de saúde da família vêm se estruturando diariamente adequando-se a realidade e modificações da sociedade, por isso no município de Bocaiúva apesar das falhas apontadas, essas equipes passam por um processo de construção cotidiana em que as falhas e dificuldades são utilizadas como direcionamento as novas perspectivas que a saúde da família bocaiuvense necessita. Portanto não se pode desvincular a importância da Geografia para a sociedade, uma vez que a ciência geográfica está estritamente vinculada aos fatos e situações que conduzem à humanidade a vida digna.

Referências

ALBUQUERQUE, M. V. de. **Território usado e saúde: respostas do Sistema único de Saúde a situação geográfica da metropolização em Campinas-SP. 2006 (dissertação).** FFLCHUniversidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

ANDRADE, M. C. de. **Territorialidades, Desterritorialidades, Novas Territorialidades: Os Limites do Poder Nacional e do Poder Local.** In: SANTOS, M. (Org.) et al. Território Globalização e Fragmentação. São Paulo. Hucitec, 1994.

BARCELLOS, C. (org.) **A Geografia e o contexto dos problemas de saúde.** Rio de Janeiro: Abrasco: ICIT: EPSJV, 2008.

BATISTELLA C. et al. **Educação Profissional e Docência em Saúde: A formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. O Território e o Processo Saúde - Doença.** – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BOCAIÚVA. **Prefeitura Municipal**. Plano Municipal de Saúde. Bocaiúva, 2000.

_____. **Museu Municipal de Bocaiúva**, 2009.

_____. **Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde: Período 2002-2004**

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação e Atenção Básica (SIAB)**, indicadores 2002 a 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2006.

CARVALHO NILSON MAESTRI. **Os Territórios da Saúde e Saúde dos Territórios: Discutindo o Processo de Territorialização em Saúde a partir do caso de um Serviço de Atenção Primária em Porto Alegre, RS**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: 2003.

FONSECA, A. F.; CORBO, A. M.D.(org.) **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getulio Vargas, 2007.

GIL, A. C.; LICHT R. H. G; YAMAUCHI N. I. **Regionalização da saúde e consciência regional**. Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, Uberlândia, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.hygeia.ig.ufu.br/>>. Data de acesso: 2009.

GONDIM G. M. M. et al. **O território da Saúde: A organização do sistema de Saúde e a Territorialização**. 2002.

HAESBAERT, ROGÉRIO. **Da Desterritorialização à Multiterritorialidade**. Anais do X Encontro de Geógrafos da América Latina - 20 a 26 de março. Universidade de São Paulo, 2005.

_____. **Concepções de Território para entender a Desterritorialização**. In: SANTOS, MILTON. I. E DE et al (orgs). Território, Territórios: Ensaio sobre o ordenamento territorial. 2º ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2000

LEAL, A. A. **Reflexões Sobre as Categorias Geográficas: Território, Desterritorialização, Reterritorialização e Multiterritorialização.** (Monografia). Departamento de Geografia. Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. Minas Gerais, 2007.

LEMOS M. M.de V. **Atlas de Minas Gerais: A Saúde E O Social Sob A Luz do Plano Diretor de Regionalização.** 2005. (Dissertação de Mestrado) Universidade Estadual de Uberlândia, UBERLÂNDIA, 2005.

MENDES, E. V. (Org). **A construção social da vigilância à saúde no Distrito Sanitário.** In: MENDES, E. V. A Vigilância à Saúde no Distrito Sanitário. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde. 1993.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Minas Gerais, **PSF: Uma estratégia de mudança do modelo de saúde passos para a implantação no município.** Belo Horizonte, 1997.

MONKEN, M. & BARCELLOS, C. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas.** Cad. Saúde Pública, 2005.

PAIM, J. S. **Gestão de atenção Básica nas Cidades.** In: NETO, E. R. E. R; BÓGUS, C. M. Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada. Brasília. Organização Pan-Americana de saúde, 2003 b. p.183-210.

PEREIRA Martha Priscila Bezerra & BARCELLOS Christovam. **O Território no Programa de Saúde da Família.** Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, junho 2006.

RIBEIRO, A. C. T. **Regionalização: fato e ferramenta.** In: LIMONAD, E.; HAESBAERT, R.; MOREIRA, R. (Org.). Brasil, século XXI – Por uma Nova Regionalização: Agentes, processos e escalas. São Paulo: Max Limonad, 2004.

RIBEIRO, E. M. F. **Bocaiúva: Sociedade e Espaço.** Belo Horizonte: Granphilivros editores Ltda, 1998.

SANTOS M. **A Natureza do Espaço. Técnica e tempo.** Razão e Emoção. São Paulo: Editora da Universidade Estadual de São Paulo, 1999.

_____. **O dinheiro e o território.** Universidade de São Paulo. Território e dinheiro: definições geográficas – Ano. 1 – No 1 –1999.

_____. **O Retorno do Território.** In SANTOS, M. et al. (orgs). Território: Globalização e Fragmentação. São Paulo: Hucitec e Anpur. 1994.

SANTOS, S. M.; BARCELLOS, C.(org.) **Abordagens Espaciais na Saúde Pública.** Brasília: Ministério da Saúde,2006.

SOUSA MARIA DE FÁTIMA. **A Cor-Agem do PSF.** São Paulo: Hucitec, 2001.

TREVISAN, L.N. & JUNQUEIRA, L. A. P. **Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede.** Ciência & Saúde Coletiva, 2007.

VASCONCELOS, M. P. C. **Reflexões sobre a Saúde da Família** In: MENDES, E.V. A Organização da Saúde no nível Local. São Paulo: Hucitec, 1998.

Recebido para publicação em fevereiro de 2010
Aceito para publicação em março de 2010

