

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Acesso aos serviços de saúde

Territorialização das políticas de saúde

Poster

Carlos José Saldanha Machado; Helena Espelet Klein

CONTRIBUIÇÃO PARA UMA MUDANÇA QUALITATIVA DA GEOGRAFIA DA SAÚDE BRASILEIRA: INTEGRANDO OS INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E DA POLÍTICA NACIONAL DE RECURSOS HÍDRICOS

Fatores socioeconômicos, como distribuição de renda, condições gerais de saneamento ambiental, trabalho, moradia, escolaridade e outros, exercem influência direta no processo saúde-doença, assim como a mudança, para melhor, em um único desses fatores, como a qualidade da água consumida pela população de uma localidade é capaz de alterar significativamente o perfil de uma comunidade contribuindo, portanto, para o desenvolvimento local sustentável. Trata-se, portanto, de dar início à discussão em busca da articulação entre os instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Recursos Hídricos como forma de melhorar a promoção da saúde, posto que a água e a saúde da população são duas coisas inseparáveis. Metodologicamente, a investigação consistiu em visitas e conversas informais com funcionários dos órgãos do poder público, consulta ao Diário Oficial, análise dos dispositivos jurídicos e comparação entre os dispositivos legais pesquisados. Os resultados da pesquisa tornam evidentes que a integração dos instrumentos de gestão dos recursos hídricos e do Sistema Único de Saúde se impõe como a forma mais adequada de se alcançar uma real melhoria na administração pública da qualidade da água no país, contribuindo para uma mudança qualitativa na geografia da saúde brasileira. Estão bem definidas as atribuições, responsabilidades, competências e as formas de relação entre os órgãos do Ministério da Saúde entre si e entre os três entes da federação. Contudo, em nível ministerial, fica claro que falta empreender esforços no sentido de articular as ações dos Ministérios da Saúde e do Ministério do Meio Ambiente a fim de que haja uma consolidação dos instrumentos de gestão do SUS e da Política Nacional de Recursos Hídricos. Concluímos que é preciso partir da compreensão generalizada dos problemas, com seus determinantes e condicionantes interligados e interdependentes, reafirmando a saúde como ausência de doença, com qualidade de vida, e água como um bem de uso comum do povo, e respeitando as diretrizes constitucionais de descentralização administrativa e participação das comunidades. Essa atividade de articulação se torna possível porque a própria Lei Orgânica da Saúde prevê também, para o SUS, atividades não compreendidas exclusivamente em seu campo de ação para a articulação de políticas e programas de interesse para a saúde e que envolvem outros setores político-administrativos do governo e entidades representativas da sociedade civil.

Unesp- Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"

Acesso aos serviços de saúde

Redes e regionalização de serviços de saúde

Poster

Mateus Habermann

A IMPORTÂNCIA DA GEOGRAFIA MÉDICA NA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: O CASO DE RIO CLARO/SP.

As Unidades Básicas de Saúde regulam-se no modelo tradicional, que adota um sistema passivo de atenção mais voltado para a doença e valorização do hospital, e não cria vínculo com a população atendida, enquanto que no Programa de Saúde da Família os agentes vão até as casas dos moradores das áreas de atuação e vêem de perto a realidade de forma a prevenir e curar doenças em estágio inicial, ou seja, volta-se para a promoção de saúde a partir do aspecto educativo e preventivo. Esta investigação objetiva demonstrar uma parceria entre a Secretaria de Saúde e a Geografia e a importância desta no contexto do planejamento em Saúde Pública. A tendência que se têm atualmente para a cidade de Rio Claro/SP é substituir todas as tradicionais Unidades Básicas de Saúde (UBSs) em Unidades de Saúde da Família (USF), que são pautadas no Programa Saúde da Família, lançado pelo governo federal em 1994. Rio Claro conta com seis UBSs e possui 04 Unidades de saúde da família, com projeto de adaptar todo o sistema de atenção básica, em vigor, para o novo modelo proposto. A Secretaria de Saúde começou a identificar as áreas de abrangência das UBSs com o intuito de demarcar os espaços de atuação das equipes e também visualizar quantas destas comporiam cada unidade. No entanto este órgão não dispunha de dados referentes às estas delimitações. Houve a necessidade de cooperação com a Geografia, que buscou precisão dos dados fazendo um levantamento de cada área, com informações sócio ambientais. A busca se deu a partir do Censo 2003, e as unidades geográficas, que serviram de apoio para a pesquisa, foram os setores censitários do IBGE. Os dados socioambientais agruparam-se de acordo com as áreas de abrangência propostas pela Secretaria e o resultado do levantamento permitiu a confecção de mapas, cuja finalidade foi representar as variações espaciais dos padrões socioambientais. A análise do material cartográfico apontou a existência de áreas que possuíam valores populacionais superiores ao limite proposto pelas diretrizes do Programa Saúde da família, que sugere 4500 habitantes para cada área. Na redivisão, criaram-se 44 áreas de Atuação das equipes de Saúde da Família, 13 a mais do que havia sido estabelecido anteriormente. Este trabalho apontou como a Geografia teve papel fundamental no sentido de levantar e otimizar os resultados para torná-los mais seguros e confiáveis no planejamento em saúde. Compete à Secretaria de Saúde colocar este planejamento em prática, e desta forma poder cobrir grande parte da área urbana de Rio Claro, ofertando saúde a toda a população.

AS SITUAÇÕES GEOGRÁFICAS E A INIQUIDADE EM SAÚDE

A proposta dessa pesquisa é realizar um estudo qualitativo e quantitativo sobre os municípios pertencentes à Amazônia Legal, de maneira a dar subsídios para as discussões sobre as políticas regionais de saúde propostas para o Brasil e os processos territoriais das políticas públicas. A respeito da proteção social em saúde no Brasil - buscando contribuir diante de um contexto de iniquidades reveladas pelo território brasileiro, o instrumental teórico da geografia possibilita partir de uma metodologia que agrega aos dados existentes conteúdos não só de análise, mas também de síntese das coerências espaços-temporais que marcam as diferentes situações geográficas na Amazônia Legal. O conceito de situação geográfica, introduzido por Maria Laura Silveira (1999), propicia a pergunta sobre o sentido das políticas de saúde que tanto autoriza como define os eventos que se geografizam e caracterizam os lugares. Os eventos são os sistemas indissociáveis de objetos e ações que se realizam diferentemente em cada lugar. Como instância de análise e não como mero instrumento para a regionalização —prática que termina por engessar as coerências existentes e as dinâmicas territoriais —, as distintas situações geográficas definidas nesta pesquisa no âmbito da Amazônia Legal revelam sua importância, na medida em que permitem privilegiar a discussão dos conteúdos socioespaciais. Isto quer dizer que dados e elementos significativos das situações não se baseiam apenas em escalas geométricas e sim no sentido dado ao movimento que define escalas geográficas. Com a âncora no futuro, inserida em uma estratégia nacional de enfrentamento das iniquidades em saúde ao refletir sobre a complexidade da desigualdade regional no âmbito das situações geográficas existentes na Amazônia Legal, nosso propósito é de integrar uma concepção geográfica no debate sobre as políticas regionais da proteção à saúde. O conhecimento da realidade não se esgota, mas é possível se aproximar mais e mais do sentido que a ela é dado pelas políticas que nela se fazem. Valendo-se desde os dados municipais disponíveis e das políticas regionais de saúde elaboradas pelo atual governo, até o trabalho de campo — instrumental imprescindível para a aproximação das realidades das dinâmicas territoriais vividas pela região amazônica como um todo —, o que se pretende é trabalhar com o recorte municipal contextualizado nas situações geográficas identificadas no âmbito da Amazônia Legal, de forma a revelar desigualdades socioespaciais geradas pela inserção do Brasil na atual divisão internacional do trabalho.

Instituto Politéctino de Tomar; Instituto de Estudos Geográficos / Centro de Estudos Geográficos, Universidade de Coimbra

Acesso aos serviços de saúde

Redes e regionalização de serviços de saúde

Oral

António Rodrigues; Paula Santana, Rita Santos; Helena Nogueira

OPTIMIZAÇÃO DA REDE DAS UNIDADES BÁSICAS DE URGÊNCIA (UBU) EM PORTUGAL: PROPOSTA PARA UM REORGANIZAÇÃO ESPACIAL DA CAPACIDADE INSTALADA

A elevada utilização dos serviços de urgência em Portugal poderá ser o reflexo da necessidade de criação de novas portas de entrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Mas é, também e seguramente, resultado de debilidades a montante do sistema hospitalar e resultado da busca, pelos cidadãos, de respostas que não logram encontrar noutros componentes do SNS, designadamente nos Cuidados Primários. A resposta no imediato ao perigo de ruptura de vários serviços pertencentes à Rede Hospitalar Urgências-Emergência (RHUE), por falta de capacidade instalada ou por acesso indiscriminado da procura, é a criação ou reforço qualitativo (mas não quantitativo) da RHUE e das UBU pertencentes ao nível de CP. Pretende-se com este estudo contribuir para o reforço, em termos de qualidade, das instalações, equipamentos e recursos humanos para dar resposta a situações de urgência 24h UBU. Para tal, adoptaram-se os seguintes critérios: (i) não devem existir potenciais utilizadores localizados a mais de 60 minutos de uma unidade médico cirúrgica ou outra; (ii) a população servida pela unidade proposta não deve ser menor que 40.000; (iii) a Relação de Dependência Total da área de influência de uma unidade com serviço de urgência não deve ser menor que 60. A determinação de uma distribuição espacial óptima dos serviços de Urgência foi dividida em três fases distintas: primeiro, é importante determinar as áreas de influência de cada unidade pertencente à RHUE; desta forma, pretende-se identificar a parcela territorial sujeita a níveis de acessibilidade geográfica inferiores ao desejado. Segundo, são escolhidos, através da utilização de algoritmos de optimização, os centros de saúde onde devem ser instaladas UBU. Terceiro, foi comparada a qualidade da capacidade instalada com a qualidade da capacidade proposta. A metodologia proposta criou a necessidade de utilização de ferramentas do âmbito dos SIG que permitem, de uma forma rigorosa, encontrar soluções satisfatórias. Deste modo, foram utilizados na primeira fase modelos raster que, tendo como base a rede viária existente, permitem calcular distância-tempo para toda uma superfície e não unicamente para um conjunto de nós de uma rede. No entanto, a complexidade do problema de optimização, criou a necessidade de utilização de um modelo de rede no processo de implementação do algoritmo. Os resultados do exercício, por uma questão de rigor, foram “confirmados” novamente através de ferramentas raster. Finalmente, foi estimado um modelo econométrico espacial para comparar as capacidades instalada e proposta.

Pontifícia Universidade Católica de MG - Mestrado em Tratamento da Inf. Espacial

Acesso aos serviços de saúde

Acesso aos serviços de saúde

Poster

Cynthia Andréia Antão Pires; Alessandra Maciel Almeida; Izabella Faria de Carvalho

ESPACIALIZAÇÃO DA SAÚDE BUCAL A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DA REFERÊNCIA TÉCNICA EM SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO DE CONTAGEM-MG

Este estudo discute as contribuições do método de análise espacial nas propostas de reorganização de políticas de saúde bucal, apresentando a experiência ocorrida em Contagem-MG no nível gestor da saúde bucal. Desde 2004, a assistência odontológica do município vêm sendo repensada pela Equipe de Referência da Saúde Bucal, juntamente com os gestores Secretaria Municipal de Saúde, de forma a integrar a odontologia do município aos princípios e diretrizes do SUS, garantindo o acesso da população à atenção em saúde bucal. O estudo enfoca uma fase deste processo de reestruturação, na qual, diante da necessidade de organizar a referência das equipes cadastradas no PSF e das escolas inscritas nos procedimentos coletivos de saúde bucal às unidades com atendimento odontológico, construiu-se um mapa com a distribuição espacial dos equipamentos municipais com atendimento odontológico, equipes cadastradas no Programa de Saúde da Família-PSF e escolas inscritas nos procedimentos coletivos de saúde bucal. Indicadores de Cobertura dos serviços e dos procedimentos coletivos odontológicos foram usados na discussão dos resultados. A aplicação da análise espacial das informações geográficas aponta para um desequilíbrio na distribuição dos serviços odontológicos, concentrados nos Distritos Centro, Sede e Industrial, o que se refletiu na dificuldade em executar o processo de referenciamento às unidades com atendimento odontológico. O indicador de cobertura do município e a configuração espacial da distribuição dos serviços sugere dificuldades de acesso à saúde bucal no município. O estudo confirma a necessidade de uma redistribuição dos serviços de odontologia entre os distritos, tomando como referência a população cadastrada no PSF e propõe a análise espacial como uma metodologia a ser aplicada neste processo.

Hospital Guilherme Álvaro e Programa de Mestrado em Saúde Coletiva-UNISANTOS

Acesso aos serviços de saúde

Redes e regionalização de serviços de saúde

Poster

Semiramis Sandra da Costa Cruz; Domingos Alves

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICO EM UNIDADE NEONATAL DE HOSPITAL DE REFERÊNCIA, EM MAPAS TEMÁTICOS DA BAIXADA SANTISTA

INTRODUÇÃO: O HGA é um hospital de referência para gestantes de alto risco, tendo uma Unidade Neonatal equipada com tecnologia adequada a atendimentos emergenciais, preparada para receber RN prematuros, gemelares; e/ ou nascidos de mães portadoras de patologias obstétricas, o que caracterizam risco. Todo esse serviço, com acompanhamento desde o pré-natal. As gestantes podem ser encaminhadas das policlínicas da cidade de Santos, do próprio hospital ou dos nove municípios, correspondentes a DIR XIX. A fonoaudiologia como integrante da equipe interdisciplinar, dentro de um estudo epidemiológico, como viés de pesquisa, visa com esse trabalho estabelecer uma estatística regionalizada da assistência fonoaudiológica na Unidade Neonatal. **OBJETIVOS:** Destacar a ação fonoaudiológica na Unidade Neonatal, como referência regional, estudando e avaliando o comportamento espacial das variáveis, nos prontuários dos pacientes internados na Unidade Neonatal do HGA, desde junho de 2002. Dentre essas variáveis podemos citar: idade gestacional, peso ao nascer, condições de egresso, diagnóstico, etc. Assim, queremos quantificar o atendimento fonoaudiológico, gerando um banco de dados espacial para descrever a distribuição dos atendimentos nas cidades da BS, em relação ao município de moradia da gestante, valorizando a pesquisa nessa área. **METODOLOGIA:** Fazemos um estudo exploratório quantitativo do comportamento espacial de todas as internações nessa unidade, extraídos do livro de atendimentos fonoaudiológicos, definindo prevalências que foram espacializadas e analisadas em mapas temáticos dinâmicos dos municípios da região da BS. Os endereços foram obtidos através do arquivo do hospital, para o período de Setembro de 2002 a Abril de 2005. **RESULTADOS:** Os resultados são representados em gráficos e mapas, onde estabelecemos um critério regional para internação, gerando e avaliando para o Hospital indicadores locais para a assistência fonoaudiológica na Unidade Neonatal, ao estratificar os municípios e suas micro-áreas por diferentes níveis de risco de internação e utilização desse serviço. **CONCLUSÕES:** Através da espacialização e análise desses dados obtivemos um panorama da situação dos municípios que compõe a região de estudo, utilizando como um instrumento na vigilância da qualidade da assistência fonoaudiológica, como também para servir de base para orientar diretrizes de políticas de saúde pública local, evidenciando a necessidade do serviço, em todas as instituições, materno infantil, como prioridade.

1000

UNESP

Acesso aos serviços de saúde

Territorialização das políticas de saúde

Poster

Eduardo Augusto Werneck Ribiero

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DA GEOGRAFIA

Pesquisadores, gestores e agentes políticos envolvidos com a saúde necessitam de bases empíricas abrangentes e confiáveis para delinear tendências e para orientar o curso das ações e das reflexões sobre o sistema de saúde brasileiro. Tais aspirações coincidem com a necessidade de avaliar importantes mudanças ocorridas no setor da Saúde em um período onde, entre muitos eventos, se destacam aquelas diretamente potencializadoras de possíveis alterações na oferta de serviços e na nova legislação do setor. Este trabalho procura qualificar indicadores para os estudos que têm sido realizados sobre o tema Geografia e gastos públicos em saúde. Busca-se, com isso, não só atualizar as informações básicas já levantadas e publicadas, como também aprofundar os conhecimentos sobre questões tais como: “Quanto se gasta por área de exclusão?”. A distribuição dos gastos de saúde sobre as despesas públicas com assistência médica mostram uma tendência favorável à expansão dos cuidados básicos e ambulatoriais, embora uma parcela significativa do incremento de gasto se deva ao deslocamento dos procedimentos de alta complexidade e alto custo de hospitais para serviços ambulatoriais, não evidenciando um aumento significativo em investimento e em custeio para o setor, causando assim um falso aspecto de investimento e reversão das condições excludentes da maioria da população que é atendida pelo SUS. O que gostaríamos de propor é uma leitura geográfica. As distorções e carências no SUS ainda persistem nos níveis mais complexos de assistência. O reconhecimento de categorias de análise geográfica (sob aspectos qualitativos) como um dos elementos edificadores na relação espaço construído e sociedade, expressados na relação entre a população e o conjunto do sistema de saúde permite avançar na compreensão dos vários planos de ação em uma trama una, na qual a própria geografia é apenas uma dimensão. Todos os pontos apresentados apenas incentivam mais o desafio que é pensar na leitura geográfica das políticas de saúde e seus pontos de articulação com a sociedade.

1007

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / FIOCRU

Acesso aos serviços de saúde

Redes e regionalização de serviços de saúde

Poster

Vanessa Barreto Fassheber; Henry Walber Dantas Vieira

O PAPEL DO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO NA CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL

Introdução: A Reforma Psiquiátrica emerge como um movimento social que propõe uma outra relação entre a loucura e a sociedade, através de novas políticas públicas de Saúde Mental. Novos dispositivos são criados para substituir o hospital. Destaca-se neste cenário a Residência Terapêutica que é um serviço que atende pacientes crônicos com histórico de internações psiquiátricas. No ano de 2000 o município de Barbacena, Minas Gerais, ganha a sua primeira Residência Terapêutica.. A inserção do novo serviço ocorre paralelamente à construção de uma rede de cuidados em Saúde Mental alternativos ao manicômio. **Objetivo:** Nesta pesquisa buscou-se destacar as principais contribuições do Serviço Residencial Terapêutico na construção de uma rede assistencial em Saúde Mental, tendo como referência o processo de implantação das residências terapêuticas no município de Barbacena - MG. **Metodologia:** Para a realização da pesquisa utilizou-se revisão bibliográfica, observação participante e análise documental. **Resultados:** O Serviço Residencial Terapêutico atua como dispositivo facilitador na reabilitação do paciente egresso do hospital psiquiátrico, situando-se entre a assistência e a moradia. Este dispositivo insere-se na rede de atenção à Saúde Mental atendendo à demanda de ex-pacientes com possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e que, em geral, não possuem vínculos familiares e de moradia. **Conclusão:** A Residência inserida no território, tal como destaca Pitta (1996) atua significativamente com papel reabilitador se estiver articulada com os demais serviços da rede de Saúde Mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) , Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Oficinas Terapêuticas, Ambulatórios, etc. Este é, portanto, um dispositivo assistencial de grande relevância para a rede assistencial em Saúde Mental, uma vez que se constitui como um verdadeiro elo entre o hospital e a comunidade.

1014

Fiocruz

Acesso aos serviços de saúde

Territorialização das políticas de saúde

Poster

Christovam Barcellos; Lisiane Morelia Weide Acosta, Maria Regina Varnieri Brito, Eugênio Pedroso de Lima, Rui Flores

CONSTRUÇÃO DE INDICADORES VOLTADOS PARA A VIGILÂNCIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA AIDS EM PORTO ALEGRE ATRAVÉS DE OPERAÇÕES ENTRE DIFERENTES CAMADAS EM AMBIENTE SIG

A vigilância da transmissão vertical da Aids depende de um conjunto de dados sócio-econômicos, epidemiológicos e assistenciais dos serviços de saúde. Estes dados têm origem em diferentes instituições e são referidos a diferentes unidades espaciais. Por exemplo os dados sócio-econômicos do censo demográfico são divulgados por setor censitário, os dados de nascidos vivos são referidos pontualmente ao domicílio da mãe, dados sobre a cobertura dos serviços de atenção básica são atributos das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Neste trabalho, foram utilizados indicadores sobre renda, taxa de natalidade, proporção de nascidos vivos sem acompanhamento de pré-natal, proporção de nascidos vivos expostos ao HIV pela gestação/parto, área e densidade demográfica das UBS. Todos estes dados foram georreferenciados usando o Sistema de Informações Geográficas (SIG). Os dados originais foram reagregados, através da sobreposição das diferentes camadas, para as áreas de abrangência das UBS, de modo a construir indicadores para gerência e vigilância em saúde coerentes com os limites de atuação dos serviços de atenção. Neste trabalho se salienta o papel dos SIG como ferramenta de organização de dados espaciais. Através de operações em ambiente SIG foi possível calcular indicadores cujo numerador e denominador se referem a unidades espaciais díspares.

UEG-UnU-Pires do Rio

Acesso aos serviços de saúde

Redes e regionalização de serviços de saúde

Poster

Paulo Candido de Sousa; Ademir Divino Vaz

A ESPACIALIZAÇÃO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE EM PIRES DO RIO – GO

INTRODUÇÃO: Tantas vezes citado, o conceito adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, longe de ser uma realidade, simbolizar um compromisso, um horizonte a ser perseguido. Saúde não é um “estado estável”, que uma vez atingido possa ser mantido. A própria compreensão de saúde tem também alto grau de subjetividade e determinação histórica, na medida em que indivíduos e sociedades consideram ter mais ou menos saúde, dependendo do momento, do referencial e dos valores que atribuíram a uma situação. Na geografia, diversa tentativa vêm sendo feitas a fim de se construir um conceito mais dinâmico, que dê conta de tratar a espacialização da saúde não como imagem complementar da doença e sim como construção permanente de cada indivíduo e da coletividade que se expressa na luta pela ampliação do uso das potencialidades de cada pessoa e da sociedade, refletindo sua capacidade de defender a vida. Assim o presente texto irá apresentar um breve histórico das Políticas de Saúde no Brasil, especificando a criação do SUS e dos Programas PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), PSF (Programa Saúde da Família) e PISUS (Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde). Posteriormente será apresentado os Programas de Saúde PACS e PSF em Pires do Rio/GO, destacando-se as espacializações desses programas no município.

Acesso aos serviços de saúde

Redes e regionalização de serviços de saúde

Oral

Antonio Carlos Gil; René Henrique Götz Licht; Nancy Yamauchi

CONSCIÊNCIA REGIONAL E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

INTRODUÇÃO. Uma das estratégias demandadas pelo SUS para conferir efetividade à sua gestão é a regionalização, que é considerada detentora de alto potencial de indução na constituição de sistemas de saúde mais funcionais e cooperativos. **OBJETIVO.** Discutir a importância da “identidade regional” e da “consciência regional” no processo de regionalização da saúde. **METODOLOGIA.** Pesquisa de cunho bibliográfico e documental. **RESULTADOS.** A regionalização requer, primeiramente, a definição de uma base territorial, pois as ações correspondentes se dão em territórios concretos, onde as pessoas vivem, trabalham, constroem redes de relacionamento e exercitam o poder. As mais expressivas dessas bases territoriais são as regiões. Por isso, o SUS confere especial atenção às chamadas regiões de saúde, que são recortes territoriais, de abrangência imediatamente acima da esfera municipal, compostas por um ou mais municípios. Há que se considerar, porém, que concepções tradicionais de região, vinculadas principalmente à continuidade geográfica, entraram numa fase de obsolescência, em decorrência de fatores como a evolução dos meios de comunicação, a diminuição dos custos dos transportes e a conseqüente diminuição das distâncias, a ampliação das comunidades virtuais, o declínio da importância do estado-nação e o aumento do poder das corporações internacionais. Concepções mais recentes, como a de Paasi, vêem a região como uma entidade socialmente construída, como uma apropriação simbólica de uma porção do espaço por determinado grupo. Segundo esta concepção, a constituição de uma região dá-se mediante quatro etapas: formação territorial, formação simbólica, processo e institucionalização e o estabelecimento da região num sistema regional e na consciência regional. Esta consciência pode ser definida como a percepção do caráter ou da personalidade de uma região por parte de um certo número de pessoas, baseada na apreciação pessoal, combinando tanto os elementos físicos quanto os humanos da região. Ela contribui para o sentimento de pertença a uma região e constitui uma das principais bases para a definição de uma região socialmente construída. **CONCLUSÃO.** Requer-se, para maior conferir efetividade do processo de regionalização dos serviços de saúde, o desenvolvimento prévio de levantamentos com vistas à identificação do nível de consciência regional das populações.

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Acesso aos serviços de saúde

Redes e regionalização de serviços de saúde

Poster

Adriana Roese; Tatiana Engel Gerhardt

FLUXOS DOS USUÁRIOS E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE NO MUNICÍPIO DE CAMAQUÃ – RS

INTRODUÇÃO - Trata-se de um estudo sobre a temática de fluxos de utilização dos serviços de saúde em Municípios da “Metade Sul”/RS, que se insere no Programa Interdisciplinar intitulado “Evolução e diferenciação da agricultura, transformação do meio natural e desenvolvimento sustentável em espaços rurais do Sul do Brasil”.
OBJETIVOS - Caracterizar a rede de serviços de saúde do município de Camaquã; apresentar o perfil socioeconômico e demográfico dos usuários entrevistados; ilustrando a utilização de dois serviços de saúde de média complexidade do município de Camaquã – RS, por meio do mapeamento de fluxos. **MÉTODOS** - O estudo é transversal, sendo desenvolvido com 150 usuários nos serviços de média complexidade do município de Camaquã, no mês de março de 2004. A análise dos dados foi desenvolvida no banco de dados elaborado no software Epi Info 6.04, sendo realizadas análise freqüencial ou univariada e análise bivariada. Utilizou-se teste estatístico quiquadrado, para avaliar a significância estatística nos cruzamentos de variáveis. Para a elaboração dos mapas foram utilizados os softwares Idrisi 2.0 e Corel Draw 10. **RESULTADOS E DISCUSSÃO** - Observou-se que os usuários dos serviços de média complexidade (hospital e pronto-socorro) são, em sua maioria, do sexo feminino (52%), inativos, porém em idade economicamente ativa (60,4%), com baixo grau de escolaridade, residentes em Camaquã (68%) e que utilizaram a internação clínica (48,7%). O mapeamento e a análise dos fluxos de utilização destes serviços apontaram não haver diferença significativa entre este perfil e a procedência do usuário; que o hospital e o pronto-socorro são utilizados por usuários de Municípios circunvizinhos, bem como do próprio município que os utilizam em detrimento dos serviços de Atenção Básica. **CONCLUSÕES** - Evidenciou-se, por meio da análise espacial e estatística, o inevitável engajamento político em prol da regionalização, contribuindo, desta forma, para o aperfeiçoamento do sistema de saúde, planejamento territorial de ações de saúde e consolidação do Sistema Único de Saúde, e, conseqüentemente, reduzindo as desigualdades sociais em saúde no nível estadual.

Secretaria de Saúde da Cidade do Recife

Acesso aos serviços de saúde

Territorialização das políticas de saúde

Poster

Carlos Eduardo Mariz Neves; Bruno Leonardo Alves Andrade

GERÊNCIA DE TERRITÓRIO COMO ESTRATÉGIA PARA INTEGRAR AS AÇÕES DE SAÚDE NO DISTRITO SANITÁRIO VI – PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE.

Segundo Milton Santos “O território é o dado essencial da condição da vida cotidiana”. Assumindo esta como verdade, o Distrito Sanitário VI da cidade do Recife, implantou a Gerência de Território como estratégia para organização e integração dos serviços de saúde. A territorialização consiste numa das práticas mais importantes para a organização dos processos de trabalho em saúde, e vem sendo utilizada por diversas iniciativas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS entre as quais o Programa de Saúde da Família, as Ações de Saúde Ambiental, Cidades saudáveis entre outros. Com a preocupação de não encarar o território apenas como uma unidade administrativa negligenciando toda riqueza de possibilidades que o espaço social pode oferecer, a nova estratégia gerencial do DS VI, busca resgatar o conceito de espaço, privilegiando as ações de saúde no território. O DS VI da Prefeitura da Cidade do Recife é composto por 8 bairros que compõe as três microrregiões do DS VI, quais sejam: 6.1, 6.2, 6.3. A nova forma de gerir administrativamente estas microrregiões nas questões sanitárias personifica-se na figura do Gerente de Território, que tem como responsabilidade maior, coordenar todos os departamentos do Distrito Sanitário e todos os equipamentos de saúde do seu território, com intuito de garantir a integralidade e a equidade tendo como pressuposto a intersectorialidade das práticas de saúde na sua microrregião. Apesar do pouco tempo de implantação pode-se perceber empiricamente os bons resultados alcançados por esta nova forma de organização gerencial, especialmente no tocante a maior aproximação entre o Distrito Sanitário e os diversos equipamentos de saúde da área e, sobretudo, no reconhecimento do território como espaço privilegiado para implementação de ações e aproximação com a comunidade, concluindo citamos uma vez mais Milton Santos “A memória olha para o passado. A nova consciência olha para o futuro. O espaço é um dado fundamental nesta descoberta.”

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Acesso aos serviços de saúde

Redes e regionalização de serviços de saúde

Poster

Ana Carolina Souza da Silva; Miriam Marinho Chrizostimo, Helen Aleixo Modesto

PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE DE NITERÓI

Este trabalho pretende analisar a regionalização do Sistema de Saúde de Niterói observando a área geográfica delimitada que atende à população. Com a discussão da temática durante o estágio do sexto período, primeiro semestre de 2005, a percepção do estudante foi ampliada no sentido da visualização da regionalização desse sistema através da área geográfica de abrangência, sendo este o objeto do estudo.

METODOLOGIA: A pesquisa é do tipo bibliográfica, através da revisão do tema abordado. **DESENVOLVIMENTO:** Pensando na regionalização do município de Niterói há a necessidade da contextualização internacional e nacional. A declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Conceito de município/cidade saudável, a VIII Conferência Nacional de Saúde, Histórico do Município de Niterói e a Estruturação da Rede de Saúde de Niterói onde ofereceu base para a análise da regionalização deste sistema, no qual a observação da área geográfica foi de intensa importância. A descentralização, regionalização e a hierarquização foram organizadas em níveis tecnológicos crescentes, dispostos em uma área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida, com um mínimo de resolutividade, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado. Esta regionalização realizada aproximadamente em 1990 abrangeu as cinco regiões, numa área geográfica de 130 Km². **CONCLUSÃO:** A regionalização e a implantação das unidades de saúde do município de Niterói contribuíram para que a efetivação, equidade, aproximação do controle social, participação social e gerência do sistema. Por isso a análise da regionalização do sistema e observância da área geográfica de Niterói foram de extrema relevância para elaboração da pesquisa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Acesso aos serviços de saúde

Redes e regionalização de serviços de saúde

Poster

Vanessa Murta Rezende; Christovam Barcellos

ANÁLISE POR GEORREFERENCIAMENTO DA COBERTURA VACINAL NOS MUNICÍPIOS
BRASILEIROS DE FRONTEIRA DO MERCOSUL

A Secretaria Executiva do Ministério da Saúde do Brasil possui como uma de suas estratégias de atuação o Projeto SIS Fronteiras, Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras, que irá disponibilizar recursos financeiros para o desenvolvimento de ações de integração na região fronteira de todo o país, inicialmente com os Estados-parte do Mercosul - Paraguai, Argentina e Uruguai (BRASIL, 2005). Este estudo pretendeu avaliar, utilizando uma ferramenta de geoprocessamento, os dados brasileiros sobre a cobertura vacinal de campanha contra a poliomielite em 2004, realizada nos 68 municípios brasileiros de linha de fronteira da Região do Mercosul, estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul através de mapas temáticos. Teve como objetivos específicos: classificar estes municípios quanto ao nível de complexidade; avaliar a qualidade e consistência dos dados obtidos; georreferenciar as taxas de cobertura vacinal e criar um mapa temático sobre a cobertura vacinal de campanha contra a poliomielite na região. Foi criado um instrumento de coleta de dados para orientar as buscas de informações nos diversos sistemas de informações do Ministério da Saúde (CNES, SIA, SI-PNI, SINASC) e no sítio do IBGE. As tabelas extraídas nesta primeira etapa foram abertas e trabalhadas em um programa de tabulação do Datasus, o TABWIN. Através deste aplicativo, foi possível georreferenciar os dados de saúde e construir mapas temáticos possibilitando a análise dos dados através de uma referência espacial. Constatou-se que a maioria dos municípios brasileiros situados na linha de fronteira da região do Mercosul apresentam taxa de cobertura vacinal de campanha contra a poliomielite acima de 100%, o que pode representar um uso deste serviço por populações não residentes no Brasil, gerando uma sobrecarga nas ações de atenção básica. É preciso discutir propostas que visam a uma maior integração entre as ações de saúde dos países fronteiriços, de forma a harmonizar os calendários vacinais e estabelecer ações conjuntas de vacinação, a fim de que a saúde de suas populações seja garantida e que os municípios fronteiriços não sejam sobrecarregados. Este estudo não pretende esgotar este assunto, e sugere-se que sejam realizados estudos adicionais sobre a região fronteira, tendo a ferramenta de geoprocessamento como fundamental para a análise espacial dos eventos de saúde.

1087

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Acesso aos serviços de saúde

Redes e regionalização de serviços de saúde

Poster

Antonio Luiz Rodrigues-Júnior

FLUXO MIGRATÓRIO PARA A INTERNAÇÃO HOSPITALAR NA REGIÃO DE RIBEIRÃO PRETO

INTRODUÇÃO - A regionalização da assistência à saúde, regulamentada pela NOAS-SUS, prevê a organização político-operacional em nível microrregional, baseadas nas localidades centrais (municípios-sedes), que se caracterizam pela participação no Aparelho do Estado e pela oferta de serviços mais complexos. Neste ponto de vista, Ribeirão Preto-SP é uma localidade central, tanto para o setor saúde quanto para o agronegócio, além de ser a sede da DIR-XVIII. O objetivo deste trabalho é estudar o fluxo migratório na DIR-XVIII decorrente da utilização das internações hospitalares, usando a lógica da teoria de Christaller. **METODOLOGIA** - Foram utilizadas as informações do CPDH-FMRP-USP, que centraliza os dados sobre as altas de 36 hospitais da região. O método de investigação baseou-se na distribuição dos serviços, estratificados pelos os capítulos da CID-10, centrados nas facilidades (hospitais) e nas populações da DIR-XVIII, considerando os serviços na esfera pública e privada. Foram consideradas as informações sobre o município de residência do indivíduo internado, o município em que foi feita a internação, se utilizou a rede pública (SUS) ou privada e o capítulo do CID. O IDH e o número de leitos hospitalares de cada município também foram considerados. Os indivíduos internados em municípios diferentes do de residência compuseram o fluxo migratório objeto deste estudo. **RESULTADOS** – Foram registradas 158.195 internações pelo CPDH, sendo 145.055 internações de residentes da DIR-XVIII; 89.463 destas internações foram pelos SUS (61,3%), 5.867 pelo sistema privado (4,0%) e 50.725 (34,8%) por convênios. Desse total, 24.972 internações foram feitas fora do município de residência (17,1%), sendo 14.709 pelo SUS e 9.399 por convênios. O HCFMRP-USP, hospital universitário que atende ao SUS, registrou 27.634 internações, sendo 19.423 de residentes de Ribeirão Preto e 8.211 de outras localidades. Em Ribeirão Preto, em todos os hospitais, foram registradas 13.863 internações pelo SUS, 529 pelo sistema privado e 6.245 por convênios; em Jaboticabal, foram registradas 22 pelo SUS, 205 pelo privado e 1.808 por convênios. Em 51% dessas internações ocorreram casos dos capítulos XV (25.622), XXI (20.043), X (15.164) e IX (15.506). **CONCLUSÃO** – Ribeirão Preto tem um maior efeito atrativo, dada a infraestrutura de serviços, tanto pública quanto privada. No entanto, existem outros municípios emergindo no mercado dos serviços de saúde – sistema privado, como Jaboticabal, que atende aos convênios gerando uma polarização microrregional.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI / RJ

Acesso aos serviços de saúde

Redes e regionalização de serviços de saúde

Poster

Maria Luiza Silva Cunha

PLANEJAMENTO E GESTÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE COM BASE NO TERRITÓRIO: UMA REFLEXÃO SOBRE O PAPEL ORDENADOR DAS POLICLÍNICAS COMUNITÁRIAS NO SUS DO MUNICÍPIO DE NITERÓI / RJ

A organização da atenção à saúde através de sistemas integrados tem se colocado como um desafio no contexto de implementação do Sistema Único de Saúde em nosso país. Nesse sentido, diferentes estratégias têm sido buscadas na direção da conformação de sistemas que superem a fragmentação e desarticulação das ações e serviços de saúde. Uma dessas estratégias pode ser identificada na política de saúde presente no município de Niterói / RJ, referente à idéia de ordenamento da rede no território, onde uma unidade denominada de Policlínica Comunitária assume a coordenação da atenção à saúde de forma regionalizada. Partindo da questão do significado e necessidade de um elemento ordenador, o presente estudo buscou analisar o papel das Policlínicas Comunitárias no que se refere ao planejamento e gestão de ações integrais de saúde com base no território. Para tal foi realizada uma pesquisa qualitativa desenvolvida em uma regional de saúde do município, segundo a metodologia do estudo de caso. A partir do referencial teórico, da análise documental e das entrevistas realizadas com os gestores envolvidos nos diferentes níveis da atenção, identificou-se que a concepção de um elemento ordenador apresenta possibilidades férteis na direção da organização da atenção que considere o princípio da integralidade e que atenda as necessidades sociais de saúde através de uma organização mais democrática, sendo percebido como necessário a um sistema integrado. Na prática concreta a operacionalização de tal concepção no que se refere à integralidade encontra avanços e obstáculos, constituindo-se num processo em construção.

PREFEITURA DE RECIFE

Acesso aos serviços de saúde

Redes e regionalização de serviços de saúde

Poster

Bruno Leonardo Alves de Andrade; Carlos Eduardo Mariz, Milde Cavalcanti, Tiago Feitosa

DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO DISTRITO SANITÁRIO VI NO MUNICÍPIO DE RECIFE

Introdução: Considerando que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, o município de Recife vem ampliando o acesso de seus usuários aos serviços de saúde, dentro de um novo modelo de atenção, priorizando as ações de atenção primária como eixo norteador de sua política de saúde. Objetivo: Descrever a evolução e a distribuição dos serviços de saúde no Distrito Sanitário VI, este que é dividido em três áreas de atuação (6.1, 6.2 e 6.3), espacializando os equipamentos de saúde de acordo com sua complexidade e o território adscrito. Metodologia: O presente estudo foi desenvolvido utilizando como método norteador um desenho descritivo das condições da assistência à saúde entre os anos de 2000 e 2005, levando em consideração a territorialização e a distribuição espacial das áreas de abrangência do Distrito Sanitário VI (6.1, 6.2 e 6.3). Foi utilizado o programa Archview para o geoprocessamento das áreas e localização das unidades de saúde de acordo com o grau de complexidade e a cobertura da sua população adscrita. Resultados: Entre os anos de 2000 e 2005 houve um significativo aumento na quantidade de unidades de saúde, passando de 04 para 23 unidades de saúde da família no ano de 2005, elevando a cobertura da população em 54%. Além deste, houve uma reformulação do modelo de atenção, onde das 13 unidades tradicionais de saúde (centros de saúde), 05 delas foram transformadas em unidades de saúde da família, além da implantação de 18 novas unidades no referido DS. Considerar que estas unidades foram distribuídas de acordo com a quantidade de famílias residentes nas áreas 6.1, 6.2 e 6.3. Conclusões: No período analisado ocorreu uma nítida reorientação do modelo assistencial no DS VI, com priorização da estratégia do Programa Saúde da Família levando em consideração o território como palco principal para as ações de saúde, em particular as ações de promoção e prevenção.

1194

UnB

Acesso aos serviços de saúde

Territorialização das políticas de saúde

Poster

Alexandre Andre dos Santos; Marilia Peluso

A CONTRIBUIÇÃO DA GEOGRAFIA NO DEBATE SOBRE A INTEGRALIDADE - ALGUMAS REFLEXÕES

A partir da análise sobre o processo de quantificação e especialização da ciência moderna, são estabelecidas relações entre o estudo do espaço, objeto da geografia, e a integralidade na atenção em saúde. São trabalhados vários conceitos geográficos que potencializam o entendimento da realidade dos lugares, sem minimizar a complexidade intrínseca a estudos dessa natureza, fundamentais para o planejamento de ações que promovam a construção da integralidade.

1205

UFPE

Acesso aos serviços de saúde

Territorialização das políticas de saúde

Poster

Anselmo Cesar Vasconcelos Bezerra; Jan Bitoun

(RE) AVALIANDO TERRITÓRIOS: A IMPORTÂNCIA DA GEOGRAFIA PARA UMA MELHOR OPERACIONALIZAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE AMBIENTAL NA CIDADE DO RECIFE, PE.

Recife é uma cidade com características físico-territoriais bastante distintas, devido à ocupação desordenada, precários sistemas de saneamento ambiental e hábitos inadequados da população. Diante desse quadro surge em 2001, o Programa de Saúde Ambiental (PSA), implantado pela gestão municipal como uma nova estratégia de abordar os problemas de saúde vinculados ao meio ambiente. Após sua implantação notou-se a importância da geografia para o desenvolvimento eficaz do programa, uma vez que existem dois problemas básicos a serem vencidos: a incorporação de bases cartográficas, em substituição aos croquis, e a avaliação de indicadores geográficos, referentes ao território de atuação dos agentes, somando-se aos epidemiológicos já existentes e trabalhados. O objetivo desse trabalho é se utilizar das características físicas e subjetivas do território, a fim de avaliar melhores formas de distribuição espacial dos agentes, de maneira que sejam atendidos os princípios da universalidade, mas respeitadas as limitações físicas daqueles que estão na ponta do programa. Para isso, foi necessário construir uma espécie de ranking para os territórios da cidade, considerando: o relevo (plano ou inclinado), a natureza das vias (pavimentadas, não pavimentadas), as barreiras físicas (canais, córregos, pontilhões), o número de imóveis que demandam mais tempo para visita, as áreas que exigem procedimentos especiais em função da segurança, etc. Esses dados geram um diagnóstico, onde se pode avaliar as condições operacionais do trabalho, identificando, por exemplo, que existem agentes trabalhando mais que outros, ou áreas com maior facilidade de trabalho. Após essa etapa, propõe-se uma reformulação nos territórios de atuação, modificando-os minimamente, pois uma vez consolidados, não se recomendam bruscas alterações, e se realizadas, fundamentadas numa proposta participativa de construção. Essas variáveis também são incorporadas a um sistema de informações geográficas, possibilitando consultas permanentes, reavaliando os territórios de atuação, sempre que houver necessidade. Portanto, considera-se de extrema importância que as políticas de saúde estejam planejadas não apenas pela ótica epidemiológica, mas também incorporem o viés geográfico, como visto, tão pertinente para operacionalização eficaz do Programa de Saúde Ambiental da cidade do Recife.

UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL – Unijuí

Acesso aos serviços de saúde

Redes e regionalização de serviços de saúde

Oral

Liane Beatriz Righi; Elton Gosenheimer; Valdir Roque Dallabrida

O CONCEITO DE TERRITÓRIO E OS PROCESSOS DE ORGANIZAÇÃO DA REDE BÁSICA EM CAXIAS DO SUL, SANTA ROSA E SOBRAL

Este estudo explora a utilização da categoria território em três municípios que promoveram mudanças no desenho da rede de atenção básica e foi desenvolvido com o objetivo de compreender como o conceito de território foi sendo incorporado no processo de organização da atenção à saúde. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória que utilizou a pesquisa documental, a observação e a entrevista semi-estruturada como principais estratégias. O estudo foi realizado nos municípios de Sobral, no Estado do Ceará e de Santa Rosa e Caxias do Sul, no Estado do Rio Grande do Sul. A revisão da literatura revela que, embora amplamente utilizado no campo da saúde coletiva, o conceito território sofreu um empobrecimento quando foi utilizado para a composição de propostas para a organização da rede básica. Assim, o Programa de Saúde da Família, reduz a expressão territorializar para esquadramentos homogêneos a partir de uma determinada base populacional pré-definida e as Normas Operacionais de Atenção à Saúde que tratam da regionalização (NOAS 01/2001 e NOAS 01/2002), embora assumam a importância das noções de territorialidade, constroem apenas uma proposta de distribuição espacial de equipamentos, a partir de supostos níveis de complexidade. Ao contrário, as experiências estudadas mostram que, nestes locais, o conceito de território é balizador da produção de uma rede de atenção marcada pela diferenciação entre os serviços que a integram. Desta forma, estes locais ampliam a capacidade para trabalhar com a diversidade e promovem o desenvolvimento de uma rede de cuidados com maior capacidade para responder a diretriz constitucional de atendimento integral. Nestes casos, atores locais ampliam a sua participação na localização e definição de características dos serviços e no desenvolvimento dos fluxos entre eles. O estudo aponta para a possibilidade de ampliação do poder local na tessitura das redes de atenção e na gestão dos serviços de saúde.

1232

UFMG

Acesso aos serviços de saúde

Territorialização das políticas de saúde

Oral

Ana Carolina Pinheiro Euclides; Fernanda Roscoe Caetano de Abreu

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE (MG): O CASO DO CENTRO DE SAÚDE DO CONFISCO (BH).

O bairro Confisco encontra-se numa zona de contato entre os municípios de Belo Horizonte (MG) e Contagem (MG), havendo, portanto, um bairro Confisco referente a cada cidade. Próximo aos limites municipais, em território belorizontino, está localizado o Centro de Saúde do Confisco, pertencente ao Distrito Sanitário Pampulha – um dos nove distritos sanitários criados pela Prefeitura de Belo Horizonte para organizar a administração dos serviços de saúde. Há, entretanto, certa divergência quanto ao traçado de tais limites municipais: numa mesma rua, moradores recebem contas com endereços referentes a cidades diferentes; e mais, um mesmo endereço chega a receber uma conta de água referente a Contagem e uma de luz referente a Belo Horizonte, por exemplo. O Centro de Saúde somente autoriza o atendimento daqueles moradores cadastrados com endereçamento de Belo Horizonte, determinado pelo Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU). Como o município de Contagem não efetua cobrança deste tributo, seus moradores não recebem tal fatura, e, por receberem outras contas em que constam municípios diferentes, não sabem ao certo a qual município pertencem. Deste modo, é freqüente a procura por atendimento no Centro pelos moradores do entorno pertencentes a Contagem, o que tumultua o dia-a-dia no Centro de Saúde, já que tais moradores não podem ser atendidos. A situação descrita é um exemplo de como a Região Metropolitana de Belo Horizonte, criada por lei federal e regulamentada por lei estadual na década de 1970, não realiza gerenciamento que vise integrar alguns serviços de grande relevância para a população, tal como o setor de saúde. Este trabalho tomou o Centro de Saúde do bairro Confisco como ponto de partida para comparar as políticas territoriais de saúde nos dois municípios. Foram realizadas visitas ao bairro Confisco e ao Centro de Saúde nas quais funcionários e usuários do Centro foram entrevistados a respeito dos motivos do impasse e suas implicações na vida do bairro. Foi feito um estudo comparativo das legislações municipais de Belo Horizonte e Contagem, a respeito de suas políticas de saúde, bem como das legislações estadual e federal relativas ao Sistema Único de Saúde (SUS), suas determinações e desdobramentos. Como resultado, gerou-se o questionamento acerca da (não) atuação de uma gerência da chamada Região Metropolitana de Belo Horizonte neste setor.

Núcleo de Estudos de saúde Coletiva / UFRJ

Acesso aos serviços de saúde

Acesso aos serviços de saúde

Oral

Fabiana de Sousa Faria; Marta Henriques de Pina Cabral, Rejane Pinheiro Sobrinho

MERCADO DE PARTOS NA REGIÃO METROPOLITANA I DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Introdução: conhecer o movimento de cidadãos em busca de assistência à saúde dentro e fora dos seus municípios é fundamental para a regionalização de procedimentos no âmbito do SUS. Informações para tomada de decisões se colocam como ferramentas de planejamento e ordenamento de ações. Objetivo: mapear onde mulheres residentes na região metropolitana I do estado do Rio de Janeiro realizaram seus partos, na mesma região, e identificar os grandes municípios prestadores desse procedimento. Metodologia: Os dados foram obtidos na base do SINASC, 2002, DATASUS. Inicialmente mapeou-se o percentual dos partos realizados no próprio município de residência. Depois construíram-se mapas para cada município prestador contendo percentual de atuação deste município em cada um dos demais. Utilizou-se Tabwin e Excel. Hipótese: cada município realizaria, no mínimo, 75% dos seus partos. Considerou-se alta evasão percentual igual ou superior a 25% e grandes prestadores do serviço os que fizeram mais de 10% de partos de residentes de outros. Elaboraram-se mapas com distribuição de nascimentos por residência da mãe em cada município; percentual de atendimentos próprios do município e grandes prestadores da região. Resultados: fora Rio de Janeiro, nenhum outro município atendeu mais de 75% de seus partos. Como baixa cobertura percentual inferior a 50% do atendimento da sua própria demanda, incluem-se: Mesquita, Nilópolis e Nova Iguaçu. Rio de Janeiro foi o grande prestador para Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, São João de Meriti e Seropédica; Nova Iguaçu para Nilópolis e Mesquita; São João de Meriti para Belford Roxo. Em Itaguaí (18%), Japeri (23%), Magé (21%), Queimados (17%) e Seropédica (71%), percentuais expressivos dos seus partos foram realizados fora da Região. Rio de Janeiro, São João de Meriti e Nova Iguaçu foram os maiores prestadores do serviço na região, apesar de Nova Iguaçu ter atendido menos da metade de sua demanda (47,83%). Conclusão: observou-se movimentação entre municípios fronteiriços ou com fácil acesso entre si. Notou-se migração para o Rio de Janeiro. O Plano Estadual de Saúde indica deficiências e metas para a região. Estudos mais acurados diferenciariam o comportamento do mercado de partos público e privado, além do acompanhamento da taxa de cesárea.

1256

CEDEC/ Universidade Católica de Santos

Acesso aos serviços de saúde

Territorialização das políticas de saúde

Oral

Aylene Bousquat ; Adriana Gomes, Amélia Cohn, Paulo Elias

IMPLANTAÇÃO DO PSF E EXCLUSÃO SOCIOESPACIAL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Introdução: A implantação do PSF vem se configurando como uma das principais estratégias de implementação da atenção básica levada a cabo pelo Ministério da Saúde (MS). Apesar do status de política nacional existem importantes diferenças regionais na sua implantação. Neste quadro, assume particular importância que sejam estudados os processos levados a cabo nas grandes cidades, pois nelas reside o ponto crucial que permitirá ou não confirmar o status do programa na política de saúde nacional. Objetivo: Analisar o processo de implantação do PSF tomando como referência a heterogeneidade da construção do espaço urbano paulistano, marcada por padrão de segregação sócio-espacial. Método: O processo de implantação do PSF, em cada um dos 96 Distritos Administrativos(DA), foi analisado a partir de três vertentes: a cobertura; a maturidade do PSF e a caracterização das instituições parceiras. Posteriormente, procedeu-se a estratificação dos DAs a partir de sua inserção no ranking do Mapa de Exclusão Social. Os DAs foram divididos em 5 estratos, os 4 primeiros são os mesmos do Mapa da Exclusão Social, no entanto, os DA pertencentes aos melhores estratos foram agrupados no estrato 5; esta opção decorreu do pequeno número de ESF aí existentes. Após este procedimento, cada estrato foi analisado, buscando a existência de regularidades nas três vertentes de análise. A partir dos padrões encontrados foi construída uma tipologia do processo de implantação do PSF pelos distintos estratos de Exclusão Social. Resultados: A implantação do PSF na capital paulista apresenta padrões nitidamente distintos quando se toma por referência a inserção dos DAs no ranking de exclusão-inclusão social, ocorrendo de forma mais efetiva nos DAs mais periféricos. Quanto às Organizações Parceiras, a tipologia elaborada demonstra uma clara ligação das instituições religiosas com os processos de implantação levados a cabo nos estratos com maior exclusão social. É exatamente nos estratos 1 e 2 nos quais se concentram todas as experiências mais antigas, iniciadas antes da gestão 2001-2004. Os resultados encontrados podem ser lidos em duas direções. A primeira aponta que o ritmo e o processo de implantação, no qual os DAs periféricos nitidamente se sobressaem, poderia estar se configurando como uma política pública capaz de contribuir para a diminuição das desigualdades socioespaciais da metrópole paulista, denotando uma “discriminação positiva”. Outra leitura desses mesmos dados tenderia a delinear o PSF como um modelo assistencial voltado à população de baixa renda, num desenho focalizado.

CEDEC (Centro de Estudos de Cultura Contemporânea)

Acesso aos serviços de saúde

Territorialização das políticas de saúde

Oral

Adriana Paula de Araújo Gomes; Amélia Cohen; Aylene Bousquat

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM POPULAÇÃO ADSCRITA AO PSF EM ÁREAS DE EXCLUSÃO SÓCIO-ESPACIAL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

INTRODUÇÃO: O município de São Paulo concentra hoje o maior número de Equipes do Programa Saúde da Família (PSF) no país, sendo que a maioria delas está localizada nos Distritos Administrativos pertencentes aos estratos de maior exclusão social. Dada à centralidade do PSF na política de saúde nacional, somada aos desafios inerentes a implantação de uma política pública de tal envergadura numa cidade das dimensões de São Paulo, o estudo das especificidades destes processos, tomando-se por referência a complexa lógica urbana existente, adquire especial relevância. Dessa forma, foram escolhidas duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), do mesmo estrato social, ambas localizadas na zona leste da cidade de São Paulo, para a realização de reflexão sobre a problemática dos deslocamentos realizados pela população para o uso de serviços de saúde. **OBJETIVO:** O trabalho tem como objetivo identificar o perfil de utilização de serviços de saúde de população adscrita a ESF, especialmente nos últimos 15 dias anteriores a pesquisa, além das motivações para a escolha de um ou outro serviço de saúde, focando especialmente, na influência da facilidade de acesso ao serviço de transporte metropolitano sobre tal escolha. **METODOLOGIA:** A fonte dos dados aqui trabalhados tem origem na pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DE PROGRAMAS DE ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL”, realizada em 2003, pelo Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (CEDEC). Desta forma, foram selecionados os resultados de duas UBS localizadas nos distritos de Cidade Líder e São Rafael, ambas pertencentes a bairros da periferia da cidade, ocupados predominantemente por população de baixa renda. A análise levou em conta os aspectos espaciais, sociodemográficos e econômicos. **RESULTADOS:** A utilização de serviços se concentra predominantemente no âmbito local, perfazendo 58% em Cidade Líder e 77% em São Rafael. A utilização de serviços em Distritos Administrativos próximos gira em torno de 27% na primeira e apenas 9% na segunda, finalmente, a utilização de serviços mais distantes do domicílio dos entrevistados é praticamente a mesma nas duas UBS, ou seja, 15% em Cidade Líder e 14% em São Rafael.

1283

Universidade Federal de Santa Catarina

Acesso aos serviços de saúde

Acesso aos serviços de saúde

Oral

Ana Helena Ruschel Freitas Cardoso; Marco Antonio Ratzsch de Andreazzi; Christovam Barcellos; Renata Gracie; Nilza Martins

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA, BRASIL, COM BASE EM GEOPROCESSAMENTO

INTRODUÇÃO: O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um modelo de organização dos serviços de saúde que tem como princípios fundamentais: a regionalização, a atenção integral, a universalização, a equidade e a descentralização. Contudo, apesar da tentativa de alcance social, o SUS se depara com sérias dificuldades relacionadas tanto com seu financiamento quanto com a eficiência administrativa de sua operação (custos crescentes, cobertura limitada e qualidade do serviço baixa ou declinante) nas unidades de toda rede (postos de saúde, ambulatórios e hospitais). **OBJETIVO:** Investigar a organização e distribuição espacial dos serviços de atenção à saúde no Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, com base em geoprocessamento. **METODOLOGIA:** A análise espacial foi realizada por meio de técnicas de superposição de camadas e interpolação estatística de Kernel usando o software Arc View 3.2. **RESULTADOS:** Foram construídos indicadores utilizando informações sobre a densidade populacional, distribuição geográfica dos postos de saúde e dos estabelecimentos com internação por esfera administrativa e distribuição geográfica, nos setores censitários, da densidade de leitos por 1000 habitantes. **CONCLUSÕES:** A distribuição espacial da rede de serviços de saúde em Florianópolis tem 05 regionais de saúde delimitadas geograficamente (centro, continente, leste, norte, sul) com 48 postos de saúde (nível primário) bem distribuídos por toda Ilha e em parte do continente. Entretanto, a rede ambulatorial especializada do município está em uma situação crítica: pela escassez de oferta e pelo fato de os recursos de nível secundário (rede ambulatorial especializada) atenderem a uma demanda proveniente de outros municípios circunvizinhos e de outras regiões do Estado. O município conta apenas com uma Policlínica Regional de Especialidades, além de alguns ambulatórios hospitalares, situados no centro urbano, como suporte à grande demanda da Grande Florianópolis. A Rede Hospitalar está concentrada no centro-oeste da Ilha; conta em sua jurisdição com 09 hospitais. Em relação ao alcance de cobertura, a maioria dos hospitais localizados em Florianópolis atende também às demais cidades do Estado e durante as férias a demanda aumenta significativamente devido ao grande número de turistas que visitam a região. A população se distribui de forma semelhante à rede hospitalar, se concentrando na área central da ilha e no continente, apresentando um índice de envelhecimento maior na região centro-oeste.

1295

Ministério da Saúde / Secretaria Executiva / Dipe

Acesso aos serviços de saúde

Territorialização das políticas de saúde

Poster

Beatriz Meireles Fortaleza; Natascha Cunha; Marisa Lucena; José Merçon

SIS FRONTEIRAS: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE LINHA DE FRONTEIRA

Introdução: O Sistema Integrado de Saúde (SIS) Fronteiras é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa à integração de ações de saúde nos municípios localizados na linha de fronteira. De forma que se possa monitorar e avaliar se ocorrerá de fato uma mudança na integração, torna-se necessário compreender quanto e quão variados são os processos que podem conduzir ao sucesso ou fracasso dessa intervenção. Objetivo: Este trabalho tem por objetivo delinear um modelo lógico para monitoramento da implantação do SIS Fronteiras e avaliação da integração das ações de saúde decorrentes da implantação. Metodologia: O monitoramento será feito a cada dois meses, de forma que se verificará o cumprimento das ações programadas no SIS Fronteiras. De início será feito com os municípios fronteirais do Mercosul e, em um segundo momento, nos demais municípios em três etapas. Na primeira etapa, espera-se que haja adesão ao projeto, adscrição da clientela, elaboração de diagnóstico e plano operacional. Na segunda etapa, os municípios deverão implantar serviços e, finalmente, na terceira etapa, qualificar a gestão em áreas estratégicas. Foram elaborados indicadores para identificar em que etapa os municípios se encontram. Para avaliar se o SIS Fronteiras incentivou efetivamente ações de integração de saúde, foram elaboradas três matrizes. Uma delas identifica os critérios do que se considera como o maior grau de integração das ações de saúde conforme os seguintes eixos: qualificação da gestão, vigilância em saúde, política de recursos humanos e ampliação do acesso / qualidade da atenção. A seguir, delinearão-se indicadores de processo, produto e resultado de um modelo de integração de saúde. Finalmente, uma terceira matriz será elaborada por atores locais, a fim de definir três graus de integração. Esse modelo lógico será revisado a cada quatro meses. Resultados e conclusões esperadas: o SIS Fronteiras foi instituído no dia 6 de julho de 2005, de forma que ainda não se iniciaram as ações de monitoramento e avaliação. Entretanto, espera-se que o monitoramento sinalize sucessos e problemas de implantação do SIS Fronteiras. Permitirá, dessa forma, agir oportunamente. Assim como, poderá levar a uma análise, de maneira que se possa aprimorar a implantação do SIS Fronteiras no seu segundo momento. Quanto à avaliação da integração das ações de saúde, espera-se associar o SIS Fronteiras com o grau de integração alcançado pelos municípios na linha de fronteira.

SIS FRONTEIRAS: SISTEMA INTEGRADO DE AÇÕES DE SAÚDE

Introdução: A integração regional é uma prioridade do governo federal para promover uma inserção global eqüitativa e autônoma dos países da América do Sul. Dessa forma, o desenvolvimento da região, envolve vários setores, especialmente a Saúde. Nesse sentido, foi elaborada a política denominada SIS Fronteiras, cujo objetivo é promover a integração de ações de saúde nas fronteiras, racionalizando a organização e utilização dos recursos referentes à atenção à saúde. Metodologia: Serão incluídos 121 municípios de linha de fronteira. Em um primeiro momento, as ações serão implementadas nos municípios fronteirais do MERCOSUL, incluindo Corumbá, sendo alocados aproximadamente oito milhões de reais a serem divididos em três etapas de implantação da política e entre esses municípios. No segundo momento, os demais municípios receberão sete milhões de reais. Na primeira etapa, elabora-se um diagnóstico. Consiste na documentação, de acordo com a melhor evidência disponível, das situações de inequidade, de forma a identificar os problemas de saúde. Conseqüentemente, um plano de ações deverá ser elaborado para microrregiões, monitorado e executado para resolver esses problemas e viabilizar a integração entre os sistemas de saúde. Devido à complexidade do setor Saúde e à maior gravidade na fronteira, é preciso estabelecer espaços compartilhados de decisões entre sociedade, instituições e diferentes setores do governo (comissões locais) na formulação, implementação e acompanhamento dessa política. Na segunda etapa, as ações pactuadas nas comissões locais serão operacionalizadas. Finalmente, a terceira etapa constitui a qualificação da gestão nas áreas consideradas estratégicas, segundo estrutura de serviços, sustentabilidade, perfil epidemiológico. Resultados: A política foi pactuada na Comissão Intergestora Tripartite, instituída e detalhada nas portarias 1.120, 1.121 e 1.122/GM de 6 de julho de 2005. Agora, os municípios de linha de fronteira poderão aderir ao projeto e receber os incentivos financeiros. Além disso, conseguiu-se uma forte mobilização dos municípios fronteirais de forma que já foram iniciadas localmente as atividades de diagnóstico, elaboração de plano operacional e criação de comissões locais, gerando ações nacionais de cooperação e acompanhamento do processo. Conseqüentemente, estão sendo fortalecidas parcerias com universidades e outras instituições, como por exemplo, Ministério da Integração e Organização Pan-Americana de Saúde. Finalmente, junto com esses e outros atores, criou-se um grupo de trabalho para levantamento de indicadores de fronteiras. Conclusão: o SIS Fronteiras é estratégico para a Saúde, lançando os olhares para uma área prioritária, que necessita de incentivos específicos, de forma a se alcançar a eqüidade. Além disso, é uma política permeada por princípios como integralidade, hierarquização, descentralização, controle social e regionalização.

Acesso aos serviços de saúde

Territorialização das políticas de saúde

Poster

José Paulo Vicente da Silva; Mauricio Monken

O MST E A AGENDA DO GOVERNO LULA PARA A SAÚDE: ELEMENTOS PARA A FORMULAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO DO CAMPO

O objetivo geral desse estudo é analisar as dem

andas de saúde postas pelo MST ao Estado brasileiro no processo de formulação e implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde da População do Campo (BRASIL, 2002). Na medida em que, segundo o Ministério da Saúde – MS, a construção de tal política vem sendo construída de forma participativa, o estudo possibilitará o aprofundamento dos conhecimentos acerca das necessidades (sociais) da população de assentamentos e acampamentos rurais. Isso porque, “(...) as demandas sociais expressam determinadas ‘carências’, ou, de acordo com a terminologia da Saúde Pública, ‘necessidades’ de saúde” (Stotz,1991). O estudo possibilitaria ainda: a) compreender as concepções sobre saúde e doença do MST; b) compreender o papel do MST na formulação da “Política de Atenção à Saúde da População do Campo”; c) conhecer a importância conferida à questão da Saúde pelo Movimento; d) conhecer o papel atribuído ao Estado pelo Movimento, no que concerne à formulação de políticas e na prestação de serviços de saúde; e) oferecer subsídios aos gestores responsáveis pela formulação de políticas/estratégias de promoção saúde, no tocante à adequação dessas políticas/estratégias às necessidades de saúde da população do campo; f) subsidiar a elaboração de programas de formação profissional para trabalhadores que atuam na atenção à saúde da população do campo. A análise será desenvolvida tendo como referencial os princípios e diretrizes que compõem o arcabouço jurídico-institucional do Sistema Único de Saúde – SUS, dentre os quais destacamos o princípio da integralidade da atenção à saúde. Para tanto, lançaremos mão do estudo de documentos oficiais, dos relatos dos diversos atores envolvidos com a formulação da referida política e da participação em reuniões que visem tratar do assunto.