

O uso do espaço geográfico no Programa Saúde da Família.

DOMINGOS, A.

Unesp – Rio Claro, amanda.edomingos@terra.com.br

PITTON, S.E.C.

Unesp – Rio Claro, scpitton@rc.unesp.br

INTRODUÇÃO

O gerenciamento de um espaço seja ele público ou privado, requer o planejamento prévio das atividades que serão empregadas, e boa parte do sucesso das práticas executadas está associada à capacidade e dedicação dos gestores no momento do planejamento das ações.

A elaboração de políticas públicas, deve conter os complexos elementos que fazem parte do espaço urbano, bem como as relações dos mesmos em seu cotidiano, exigindo então que os responsáveis pela elaboração e aplicação das ações trabalhem com a noção de lugar do cidadão.

O lugar é à base da reprodução da vida (vivência afetiva), e pode ser analisado pela tríade habitante-identidade-lugar. O “não-lugar” são lugares de passagem, como aeroportos, estradas, supermercados, local de trabalho etc., não existindo uma relação ou mesmo uma identidade com o indivíduo, já local esta relacionado a um determinado ponto de um lugar (coordenada geográfica). (LOPES op cit)

Dentre as políticas públicas elaboradas e empregadas encontram-se as destinadas a sanar ou mesmo minimizar os agravos à saúde humana, das quais esta investigação irá tratar, utilizando o Programa de Saúde da Família (PSF), desenvolvido pelo Ministério da Saúde.

O levantamento bibliográfico a respeito do PSF, realizado no momento da elaboração do projeto de doutorado, que está sendo efetuado junto ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Unesp – Rio Claro, gerou certos questionamentos, que através deste artigo pretende-se refletir com o olhar geográfico.

Dentre as inquietações surgidas, estão dois pressupostos do PSF: a delimitação da área de abrangência do programa; e a inserção da sociedade.

Através da reflexão dos pressupostos a cima citados pretende-se demonstrar a contribuição teórica do profissional geógrafo no planejamento de ações, auxiliando os demais gestores no entendimento de conceitos geográficos por eles já utilizados.

O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O PSF foi inspirado no modelo cubano de saúde familiar, outros países como, Canadá, Colômbia e a própria Cuba, têm relevantes experiências no âmbito da medicina familiar, da atenção primária ou saúde da família.

Diferente do ocorrido no Brasil, no caso de Cuba, a implantação deste modelo de assistência básica de saúde, exigiu alterações na grade curricular da Medicina, intensificando temas geográficos e psicosociais.

Os modelos precursores do PSF podem ser buscados nas antigas práticas de atenção primária, baseadas na adscrição de clientela e na estratégia de visitantes domiciliares que foram experimentados no Brasil nos anos de 70-80, direcionando as atividades para a clientela de alto-risco, mais sujeitas á doenças infecto-contagiosas, diarreia e desnutrição. Esses modelos foram implantados em regiões pobres do Norte e Nordeste e nas favelas de grandes centros urbanos. (BETTIOL, p.57, 2006)

Nos anos 90, estas estratégias foram revalorizadas, dentro da perspectiva de cumprimento do direito universal á saúde, divulgado na Constituição de 1988, através da Lei 8080/90.

Para a implantação do Programa Saúde de Família, exige-se recursos humanos e estruturais mínimos, que podem ser criados especificamente para o programa, ou podem ser adaptados para o mesmo, de acordo com os recursos financeiros do gestor local. (Quadro 1)

Quadro 1: Recursos necessários para a implantação do PSF:

Recursos Estruturais	Recursos Humanos
Unidade Básica de Saúde	Médico Generalista
Centro de Especialidades	Enfermeiro
Unidade Ambulatorial/ Hospitalar	Auxiliar de Enfermagem
	Agentes de Saúde Coletiva

Org.: A. Domingos, 2007.

Fonte: BETTIOL (2006)

Após a definição dos recursos estruturais e da Equipe Saúde da Família, inicia-se os procedimentos para a implantação, orientados pela Secretaria Estadual de Saúde. (Quadro 2)

Quadro 2: Etapas de implementação do PSF:

Etapas:
1 – Caracterização da população alvo;
2 – Delimitação da área de abrangência;
3 – Divisão da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família segundo o agente de saúde coletiva;
4 – Comprovação dos dados da clientela através de nova caracterização realizada pelos Agentes de Saúde Coletiva;
5 – Início das visitas mensais e/ou encaminhamento ao centro de especialidades, e/ou atendimento ambulatorial e/ou hospitalar.

Org.: A. Domingos, 2007

Fonte: BETTIOL (p.98, op cit)

O diagnóstico da população potencialmente usuária do serviço é preconizada, segundo os documentos oficiais, como um dos passos primordiais para a implantação da Unidade de Saúde da Família – USF. Implantada a USF, deve-se considerar as características locais para o aprimoramento do primeiro diagnóstico realizado no momento da implantação.

O Ministério da Saúde orienta que as equipes devem definir a priori a população a ser atendida, o que é colocado, inclusive como requisito para o financiamento do programa, este processo implica no cadastramento e caracterização de uma população a ser atendida.

A revisão dos documentos legais sobre o PSF permite que se identifiquem alguns requisitos importantes para a realização das etapas citadas acima: (SIAB, 2000).

- A área deve conter um valor máximo de população de modo a permitir um atendimento às suas demandas de saúde (um agente de saúde deve ser responsável por no máximo 150 famílias ou 750 pessoas);
- O agente deve ser um morador de sua micro área de atuação a pelo menos dois anos;
- A área deve delimitar comunidades, preferencialmente aquelas mais organizadas, que participem do controle social das ações e serviços de saúde em diversos fóruns como as conferências e conselhos de saúde;
- A área deve conter uma população mais ou menos homogênea do ponto de vista socioeconômico e epidemiológico, caracterizando “áreas homogêneas de risco”;

- A área deve conter uma unidade básica de saúde (UBS) que será a sede da ESF e local de atendimento da população adscrita, ou seja, registrada;
- Os limites das áreas devem considerar barreiras físicas e via de acesso e transporte da população às unidades de saúde;

No material bibliográfico analisado não se observa homogeneidade nos critérios selecionados pelos gestores urbanos na tomada de decisão relacionada à espacialização das USFs.

Na maioria dos casos, toma-se como emergência as localidades mais pobres, periferias, ou mesmo a disponibilidade de prédios públicos. Nota-se que a decisão da localização das USFs parte apenas da administração municipal, não acontecendo fóruns de debates com os demais setores da sociedade para participarem da elaboração das ações que serão implementadas.

Depois de decidido o local, os gestores delimitam a área de abrangência que será coberta pela Equipe Saúde da Família (ESF), levando-se em conta as características como acessibilidade e o número de funcionários disponíveis.

E finalizando o processo de implementação tem-se a caracterização da sociedade delimitada em cada Unidade de Saúde da Família, realizada pelo Agente de Saúde Coletiva.

OS AGENTES DE SAÚDE COLETIVA:

Para a realização do PSF, foi necessária a criação de uma nova função no quadro de funcionários dos sistemas de saúde, denominada Agente de Saúde Coletiva (ASC), implementada inicialmente em 1992, na Paraíba. Através dos ASC's, o governo almeja essencialmente promover uma interação mais direta e efetiva entre a comunidade e os serviços de saúde local.

De acordo com o Programa Nacional de Agentes de Saúde Coletiva (PCAS), os mesmos são capacitados para realizar através de visitas domiciliares e mensais, o esclarecimento da população sobre cuidados com a saúde e seu encaminhamento a postos de saúde ou a serviços especializados em caso de necessidades que não possa ser suprida pelo agente.

Além da visitação constante às moradias, deve-se ocorrer reuniões sobre temas específicos, divulgados previamente, nos postos de saúde.

Os agentes devem ser submetidos a cada três meses a treinamento por parte da supervisora do programa e esta por sua vez, participar de reuniões periódicas na secretaria estadual.

Há também um cuidado especial com a eficácia do programa, à medida que são preenchidas fichas de acompanhamento de cada família visitada e há um acompanhamento individual de cada cidadão desde a constatação de algum problema até a resolução final de seu caso.

Sabe-se que esta medida resultaria no aumento dos gastos com o programa, já que para o preenchimento da vaga de agentes de saúde coletiva, exige-se apenas o Ensino Médio completo, pagando-se pouco mais que um salário mínimo.

De acordo com o Ministério de Saúde, o agente de saúde coletiva, em parceria com a Secretaria do Estado de Saúde, deve estar capacitado para cumprir as metas pré-estabelecidas no programa. (Quadro 3)

Quadro 3: Metas dos PCAS

METAS
1 - Definir a população alvo;
2 – Cadastrar as famílias;
3 – Estabelecer o conjunto de serviços oferecidos
4 – Procurar associa-se a grupos comunitários;

Org.: A. Domingos, 2007.

Fonte.: BETTIOL (p.65, op cit)

Com base na bibliografia consultada, nota-se que PCAS possui várias falhas, que acabam diminuindo a eficácia do mesmo. Em certos casos não se respeita à determinação de contratar um agente morador da própria área de abrangência, que através do conhecimento do cotidiano, ou seja, das relações existentes, em muito tornaria as visitas mais dinâmicas.

O profissional não morador da área necessita de certo período de adaptação e provavelmente certas informações não reveladas claramente podem prejudicar o andamento do programa.

A falta de treinamento dos ASC, por parte dos superiores locais, acaba prejudicando o andamento das entrevistas, e muitas vezes certos questionamentos dos usuários acabam não sendo respondidos.

Em muitos casos não se observa o papel dos agentes como coordenadores de reuniões comunitárias, no sentido de tratarem de diversas temáticas relacionadas á saúde pública, momento este imprescindível para as ações preventivas.

Através da implementação dos programas Saúde da Família e Agentes de Saúde Coletiva, nota-se a importância do local na elaboração de políticas públicas, desta forma faz-se cada vez mais necessário o conhecimento da área de interesse.

Os gestores locais devem tomar conhecimento dos conceitos e técnicas disponíveis na produção científica para garantir o melhor entendimento dos aspectos físicos e sociais da área em questão, bem como saber observar as relações e inter-relações que compõem o cotidiano do espaço urbano.

O USO DO ESPAÇO GEOGRÁFICO NO PSF.

As pesquisas epidemiológicas vêm cada vez mais valorizar as interações sociais que compõem a saúde, sustentando a importância da integração dos conhecimentos físicos e biológicos aos fenômenos sociais.

A perspectiva inter (trans) disciplinar defendida por alguns autores, como COSTA & TEIXEIRA (p.2, 1998) afirma que nenhum campo do saber, ou qualquer categoria isolada, tem dado conta da pluralidade de fatores implicados no processo saúde/doença.

De acordo com os autores acima, adotando o conceito de espaço geográfico, que é humanizado pelas relações sociais, difundido pela Geografia Crítica, a Epidemiologia reforça a concepção de doença, como resultado do desequilíbrio ecológico, surgido no início do século XX.

Ao compreender o conceito de espaço geográfico, os gestores locais do PSF, devem evidenciar as relações sociais que acontecem em diferentes lugares, que em certos casos, não estão delimitadas por barreiras físicas e sim culturais, resultado das individualidades do espaço urbano.

O homem, no espaço geográfico, não é apenas o habitante de um determinado lugar, mas é também o produtor, o consumidor e o membro de uma classe social, que ocupa um lugar específico e especial no espaço, e isto também define o seu valor. (SANTOS, 1991).

Desta forma os gestores urbanos devem evitar as generalizações, pois as pessoas não são atingidas igual e linearmente pelas transformações sociais. A eficácia das ações implantadas está relacionada a interpretações mais profundas e multilaterais da realidade. (SANTOS, 1993).

Como já mencionado, a realidade urbana é produto de diferentes lugares que se conectam ao longo do tempo, e cada lugar é representado pelas relações humanas e o meio físico; a observação das individualidades humanas no espaço geográfico proporciona a evolução no desenvolvimento de propostas para a minimização das doenças.

A Geografia Humanística, divulgada por Yi-Fu Tuan (1982), oferece aparatos metodológicos e técnicos que auxiliam no alcance do melhor entendimento do homem e de sua condição. A Geografia Humanística não é, desse modo, uma ciência da terra em seu objetivo final. Ela se entrosou com as Humanidades e Ciências Sociais no sentido de que todas compartilham a esperança de prover uma visão precisa do mundo humano.

A Geografia Humanística procura um entendimento do mundo humano através do estudo; das relações das pessoas com a natureza, do seu comportamento geográfico bem como dos seus sentimentos e idéias a respeito do espaço e do lugar.

Para tal aconselha-se o uso de investigação de caráter qualitativo no momento de caracterização da área de abrangência dos serviços de saúde do Programa Saúde da Família. Cada vez mais as pesquisas científicas enfatizam a importância de trabalhar com dados qualitativos, não descartando quando necessário, os dados quantitativos. Os trabalhos com enfoque qualitativo possuem a capacidade de autocorrelação do método, de feed-back de avançar adaptando-se a circunstâncias que se apresenta, e guiando-se por hipóteses novas. (TRIVINOS p.90,1987)

O uso de pesquisas qualitativas, como a realizada pela Geografia Humanística, exige que o investigador, neste caso o agente de saúde coletiva, esteja habilitado a aplicar questionários e realizar entrevistas.

Evidenciando a necessidade de treinamentos com profissionais qualificados que irão instruí-los para entenderem as questões e seus objetivos; será demonstrada a melhor maneira de abordar o entrevistado.

Através do treinamento o agente deve estar capacitado para observar os aspectos físicos e sociais do lugar do cidadão, e principalmente como o cidadão percebe estes aspectos e se relaciona no espaço geográfico.

Após o conhecimento das complexas relações sociais, que é produzido através da observação do espaço, aplicação de questionários, e realização de entrevistas na área de abrangência, o PSF está pronto para realizar a delimitação das áreas de trabalho dos agentes de saúde coletiva, nesse momento o emprego correto do conceito geográfico de território contribui para a melhor eficácia do programa.

È essencial compreender bem que o espaço é anterior ao território. O território se forma a partir do espaço, é o resultado de uma ação conduzida por um ator sintogmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível. Ao se apropriar de um espaço concreta ou abstratamente o ator “territorializa” o espaço. (RAFFESTIN, p.143, 1993)

O conceito de território não deve ser confundido com o de espaço ou lugar, estando muito ligado à idéia de domínio ou de gestão de uma determinada área. Deste modo, o território está associado à idéia de poder, de controle, quer se faça referência ao poder público, estatal, quer ao poder das grandes empresas que estendem os seus tentáculos por grandes áreas territoriais, ignorando fronteiras políticas. Nota-se que o território pode ser entendido como o controle

administrativo, fiscal, jurídico, político, econômico, efetivo, do espaço ou de uma região. (ANDRADE, p.9, 1995)

O breve relato a respeito do PSF e dos Agentes Comunitário da Saúde demonstram que a territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho do PSF, essa tarefa adquire, no entanto, ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmicas sociais existentes nessas áreas e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência. (PEREIRA, p.49, 2006)

Para os planejadores, as diferenciações intra-regionais são superadas face á relação inter-regional que desejam enfocar.

Tendo como território de atuação os limites administrativos do Estado (sua região de planejamento), o secretário de saúde decide a localização de um centro de saúde em um ou outro município, baseado em critérios epidemiológicos. Por sua vez, os gestores de centros de saúde dificilmente distinguem condições diferenciadas internamente a suas áreas-programa. Sua escala de análise é o território intra-regional e pressupõe homogeneidade. (BARCELLOS & BASTOS op.cit)

Segundo levantamento realizado por entrevistas, os técnicos do PSF vêem o território de trabalho como um aglomerado “amorfo, indistinguível, desorganizado”. (BETTIOL, p.75, op cit.)

Um dos entendimentos mais tradicionais de território é de que se trata de uma instância de poder, assim, as divisões territoriais utilizadas no SUS, tais como o município, o distrito sanitário e a área de abrangência de serviços de saúde são áreas de atuação, de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político. Esse poder existente também é instituído através das redes de relacionamento humano que se constituem no espaço. (BARCELLOS, p.51, op cit)

O território também é resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças.

O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população.

Esse reconhecimento é realizado através da observação das condições criadas no espaço para a produção, circulação, residência, comunicação para o exercício da política e das crenças, para o lazer e como condição de vida.

Estas relações são observadas no tempo, não são da mesma maneira evidentes na dimensão espacial, isto porque no espaço encontram-se superpostas outras instâncias da sociedade, como a econômica e a cultural-ideológica, além de fatores propriamente ambientais. (BARCELLOS & BASTOS, p.1,op cit.)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cada vez nota-se a importância do planejamento de ações no gerenciamento do espaço urbano, e para tal o maior conhecimento acerca do universo de análise passa a ser tomado como um dos aspectos decisórios na eficácia das ações implementadas.

No caso das ações voltadas para a promoção da saúde pública não é diferente, o caráter descentralizador e intersetorial encontrado nos sistemas de saúde, exige de seus profissionais, o conhecimento dos aspectos sócio-ambientais que influenciam a saúde do usuário de seus programas.

O que se observa é a falta de conhecimento por parte da equipe de saúde da família, da importância e da complexidade de realizar o levantamento das informações acima citadas, acabando por realizarem um breve questionário, não observando a relação entre os aspectos questionados, e o mais grave entre o ambiente vivido pelo entrevistado.

A bibliografia consultada revela que a maioria das unidades de saúde da família, não realiza encontros para a capacitação de seus profissionais, e nem as reuniões para a troca de informações com a comunidade usuária do programa, momento este onde a saúde preventiva, poderia evitar gastos futuros do próprio sistema de saúde.

A realização deste artigo propiciou a reflexão inicial a cerca do tema, que será posteriormente analisado e exemplificado com o estudo de caso do Programa de Saúde da Família na cidade de Santa Gertrudes – SP, sendo parte da tese de doutorado realizada junto ao Programa de Pós-Graduação em Geografia.

A tese em questão visa acima de tudo servir de material de consulta para os profissionais de saúde, ilustrando exemplos de condutas e sugerindo como organizar o espaço e a funcionalidade dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ANDRADE, M.C. “A Questão do território no Brasil”. São Paulo: Hucitec; Recife: IPESPE, 1992.

BARCELLOS, C; BASTOS, F; Geoprocessamento, ambiente e saúde: uma união possível? “**Caderno Saúde Pública**”, v.12, nº 13, Rio de Janeiro, Jul./Set. 1996.

BARCELLOS, C. A saúde nos Sistemas de Informação Geográfica: apenas uma camada a mais?. “**Caderno Prudentino de Geografia**”. Presidente Prudente. V.25:p29-43, 2003.

BETTIOL, L. M. “**Saúde e participação popular em questão: o Programa Saúde da Família**”, São Paulo; Editora Unesp, 2006.

COSTA, M.C.N.; TEIXEIRA, M.G. L. A concepção de “espaço” na investigação epidemiológica. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.15, nº 2., 1999.

LOPES, G. “**Espaço, Paisagem, Lugar, Região e Território.**” Disponível em <http://www.geografiafacil.pop.com.br> Acesso em: 26/03/2007.

PEREIRA, M.P.; BARCELLOS, C. “**O Território no Programa de Saúde da Família.**” Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. v.2, n.2, jun.2006. Disponível em www.hygeia.ig.ufu.br. Acesso em 20-11-2006.

RAFFESTIAN, C. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.

SANTOS, M. **Espaço e Método**. São Paulo: Nobel, 1992

_____. **Espaço do Cidadão**. São Paulo: Nobel, 1993.

TRIVINOS, A. N. “**Introdução á Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação.**” São Paulo: Atlas, 1987.

TUAN, Y. F. A Geografia Humanística. **Perspectivas da Geografia**. São Paulo:Difel, 1982.