

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PERSPECTIVA DE ANÁLISE GEOGRÁFICA

Maria José Rodrigues
Mestre em Geografia pela UFU
majurodrig@yahoo.com.br

Julio Cesar de Lima Ramires
Prof. Dr. Instituto de Geografia - UFU
ramires_julio@yahoo.com.br

RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF) tem sido evidenciado como um dos mais importantes referenciais da organização da Atenção Básica no Brasil. A proposta do PSF caracteriza-se por ter a família como sua unidade nuclear de atuação, buscar uma integração com a comunidade na qual se insere, bem como fazer a busca ativa de casos com intervenção oportuna e precoce, e dar ênfase à prevenção e à educação em saúde. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade adscrita. Nesse estudo faz-se uma incursão por esse Programa no Brasil abordando o seu processo de implantação, o seu modelo organizacional e qual a relação entre a ciência geográfica e o PSF que faz uso de conceitos tradicionalmente vinculados aos estudos geográficos tais como espaço e território.

Palavras-chaves: Programa Saúde da Família, perspectiva geográfica, espaço e território.

FAMILY HEALTH PROGRAM: A PERSPECTIVE OF GEOGRAPHIC ANALYSIS

ABSTRACT

The Family Health Program (PSF) has been evidenced as one of the most important references of the organization of the Basic Attention in Brazil. The proposal of the PSF is characterized by having the family as its performance nuclear unit, to look for an integration with the community in which is being introduced, to do the active search of cases with opportune and precocious intervention, giving an emphasis to the prevention and to the education in the health. By the clientele contacts, the Family Health teams establish bonds with the population, making possible an agreement and the professionals' co-responsibility with the users and the community adscript. In this study there was made an incursion by that Program in Brazil touching its implantation process, its organizational model and what is the relationship between the geographical science and the PSF that makes use of concepts traditionally linked to such geographical studies as space and territory.

Keywords: Family Health Program; geographical perspective, space and territory.

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo central apresentar algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família, implantado no país a partir de 1994, procurando estabelecer uma perspectiva de análise geográfica enfocando o estudo a partir da ótica espacial.

De acordo com Bousquat (2001), a década de 1960 é o marco dos estudos abordando o

Recebido em 15/04/2008
Aprovado para publicação em 21/08/2008

aspecto espacial. Um deles é o *Medical Geography: Techniques and Case Studies*, editado por Mcglashan em Londres, contendo uma sessão dedicada à Administração de Saúde Pública, com ensaios sobre distribuição da população e serviços, variação na distribuição de médicos, estudos de casos e planejamento, entre outros; o outro estudo é o de Pyle, nos Estados Unidos, que, a partir de um estudo de doença cardíaca, acidente vascular cerebral e câncer, estabelece uma relação entre essas doenças e as necessidades de serviços de saúde. No entanto, até o final da década de 1960 ainda são poucos os estudos que abordam as análises espaciais das políticas de saúde e da distribuição dos serviços de saúde, pois as abordagens espaciais restringiam-se aos estudos epidemiológicos.

No caso brasileiro, quanto aos estudos sobre o acesso à saúde, as contribuições de Unglert et al (1987) são as mais importantes nesse começo, já que os autores inovaram ao proporem a incorporação da população como sujeito nos processos de definição de áreas de abrangência de unidades básicas de saúde, incorporando o conceito de “espaço social”, marcado profundamente por determinadas características geográficas. Os autores propuseram uma metodologia que viesse a auxiliar no planejamento da localização de novas unidades de saúde baseado em aspectos geográficos, por meio do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; em aspectos econômicos, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; em aspectos culturais, com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem; e aspectos funcionais, por intermédio da oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população. Considerou-se, ainda, como importante, o respeito à distribuição por aglomerados que a própria população estabeleceu.

A implantação do Programa Saúde da Família no Brasil: uma breve caracterização

As décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por movimentos que reivindicavam mudanças nas políticas de saúde no Brasil, focalizando as discussões sobre a extensão de cobertura dos serviços, reconhecimento do direito à saúde e a responsabilidade da sociedade em garantir os cuidados básicos. A Constituição Federal, em 1988, estabeleceu as bases técnicas e jurídicas para a implantação do SUS, cujo princípio básico é a atenção à saúde enquanto direito de cidadania, com universalidade de acesso a todos os níveis do sistema.

O projeto de reforma sanitária dos anos 1980, sob a bandeira democrática institucionalista procurou incorporar o desenvolvimento de uma consciência sanitária como forma de articulação dos vários níveis de atenção à saúde. O movimento pretendia dar novo significado político a noção de cidadania: a consciência.

Os anos 1990 foram marcados por crise econômica e fiscal no país, e pela busca de alternativas que possibilitassem a superação dos limites dos modelos de saúde vigentes. Pensando nas mudanças necessárias, foram implantados programas, ações regulatórias e novas modalidades de alocações de recursos, tendo como objetivo aumentar o nível de equidade e eficácia do SUS. Nesse contexto, são implantados o Programa de Agentes Comunitários (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. O PACS foi criado com a finalidade de ampliar a cobertura das ações de saúde nas áreas rurais e periferias urbanas, especialmente para o grupo materno-infantil, concentrando-se nas regiões Nordeste e Norte.

As iniciativas de caráter nacional fundamentaram-se em experiências internacionais, estaduais e regionais bem sucedidas. Dentre estas, a referência mais importante deve ser feita ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desenvolvido no Estado do Ceará, desde 1987. Criado inicialmente como “frentes de trabalho”, em uma conjuntura de seca, o programa estadual, com recursos financeiros dos fundos especiais de emergência destinados pelo governo federal, foi desenvolvido especialmente por mulheres, que, após treinamento de duas semanas, realizaram ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão cearense.

Após o momento climático mais crítico, o PACS foi mantido com recursos do Tesouro Estadual, embora as frentes de trabalho tenham sido desativadas. A partir de setembro de 1988, período

considerado como segunda fase do programa, este abandonou o caráter emergencial, adquirindo características de extensão de cobertura e de interiorização das ações de saúde. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) passaram a atuar em 45 municípios do interior do estado, para “melhorar a capacidade da comunidade de cuidar de sua própria saúde” por meio de visitas domiciliares regulares às famílias, sendo cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável por 50 a 100 famílias na área rural e por 150 a 250 famílias nas áreas urbanas (SILVA; DAL MASO, 2002, p. 47-9).

Em 1991, a experiência bem-sucedida do Ceará estimulou o Ministério da Saúde a propor o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), vinculado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), implantado, inicialmente, na Região Nordeste e, em seguida, na Região Norte, “tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna” (VIANA; DAL POZ, 1998, p. 19).

Em 1992, denominado PACS, foi implementado por meio de convênio entre a FUNASA/MS e as secretarias estaduais de Saúde, que previa repasses de recursos para custeio do programa e o pagamento, sob a forma de bolsa, no valor de um salário mínimo mensal aos Agentes Comunitários de Saúde. Com o PACS, “começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura (por família)” (VIANA; DAL POZ, 1998, p. 19).

Em 1993, o PACS abrangia 13 estados das regiões Norte e Nordeste, com 29 mil Agentes Comunitários de Saúde atuando em 761 municípios. Em novembro de 1994, o programa estava implantado em 987 municípios, de 17 estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e um total de 33.488 agentes.

Outras experiências como o Programa Médico de Família (PMF), desenvolvido a partir de 1992, em Niterói (RJ), com estrutura semelhante à medicina da família implantada em Cuba e com assessoria de técnicos cubanos, também influenciaram a decisão do Ministério da Saúde, em 1993, de criar o Programa Saúde da Família (PSF) que, assim como o PACS, estava institucionalmente vinculado à Coordenação de Saúde da Comunidade (Cosac), no Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde.

Em setembro de 1994, foi divulgado pelo Ministério da Saúde o primeiro documento sobre o PSF, definindo o convênio entre o Ministério da Saúde, estados e municípios, com o mecanismo de financiamento, exigências de contrapartidas e critérios de seleção de municípios. Para assinatura do convênio, era exigido que estivessem em funcionamento tanto o Conselho Municipal de Saúde quanto o Fundo Municipal de Saúde.

Nesse período, o PSF não representava uma proposta de substituição do PACS e sua implantação privilegiava áreas de maior risco social – inicialmente, população residente nas localidades delimitadas no Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e, posteriormente, municípios inseridos no Programa Comunidade Solidária ou no Programa de Redução da Mortalidade Infantil.

Em 1995, PACS e PSF foram transferidos da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, onde permaneceram até meados de 1999, quando novamente os programas mudaram de localização institucional para a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), do referido Ministério.

Em janeiro de 1996, o PSF passou a ser remunerado pela tabela de procedimentos Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, porém de forma diferenciada: “a consulta do PSF equivalia ao dobro da consulta do SUS” (VIANA; DAL POZ, 1998, p. 23). Nos documentos de 1997 e 1998, o PSF foi apresentado como proposta de reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Documento do Ministério da Saúde, de 1997, respondendo às críticas de

focalização, negava que o programa fosse um sistema de saúde pobre para pobres, com utilização de baixa tecnologia, afirmando o caráter do PSF como “modelo substitutivo da rede básica tradicional”.

Uma Portaria Ministerial, de dezembro de 1997, estabeleceu, no Plano de Metas do Ministério da Saúde, prioridade para o PACS e PSF e aprovou normas e diretrizes dos programas. Em 1998, com a implantação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – 1996 (NOB-SUS 96), que estabeleceu o Piso de Atenção Básica (PAB), os programas ganharam novo impulso. O PAB fixo – recursos per capita/ano para a Atenção Básica – inaugurou a modalidade de transferência, de forma regular e automática, de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, possibilitando maior autonomia na gestão municipal e maior responsabilidade do dirigente municipal com o atendimento à saúde dos municípios. O PAB variável foi introduzido para incentivar a adoção, pelos municípios, de programas e estratégias para a organização da Atenção Básica, dentre os quais Farmácia Básica, Vigilância Sanitária, atendimento às carências nutricionais, Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família.

O Programa Saúde da Família difundiu-se em âmbito nacional, principalmente a partir de 1998, constituindo-se em uma estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde para o SUS, sendo descrito como ferramenta de promoção de equidade na oferta de serviços. Esse Programa vem afirmando-se como modalidade de atenção primária implantada, prioritariamente, para as populações com risco aumentado, tanto do ponto de vista biológico quanto sócio-econômico. A proposta do PSF caracteriza-se por ter a família como sua unidade nuclear de atuação, buscar uma integração com a comunidade na qual se insere, fazer a busca ativa de casos com intervenção oportuna e precoce, e dar ênfase à prevenção e à educação em saúde. Propugna a extensão da cobertura e facilitação do acesso, continuidade das ações de saúde, trabalho de equipe multiprofissional e elevada resolubilidade.

Em dezembro de 1998, o PSF estava implantado em 1.219 municípios de 24 estados (ausente apenas em Roraima, Amapá e Distrito Federal), e contava com 3.119 Equipes de Saúde da Família (ESF). A pesquisa *Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa Saúde da Família – PSF*, realizada pelo Ministério da Saúde entre abril e julho de 1999, identificou que 83% dos municípios pesquisados haviam implantado o programa entre 1997 e 1998. Apenas nos estados do Ceará e de Santa Catarina havia um número maior de municípios com implantação anterior a 1997 (BRASIL, 2000). Um ano depois, em dezembro de 1999, o PSF estava implantado em 1.870 municípios nas 27 unidades federadas (BRASIL, 2000a). No entanto, ao longo de 1999, o Ministério da Saúde diagnosticou que o sucesso da implantação do PSF em grande número de municípios encobria a baixa cobertura de suas populações.

Segundo Sousa et al. (2000, p. 11),

Diante do risco de pulverização do programa e da criação de espaços privilegiados de assistência, sem, no entanto, incorporar-se ao sistema como estratégia substitutiva, e, em conseqüência, com baixa capacidade de provocar impacto nos indicadores municipais, o Ministério da Saúde, a partir de novembro de 1999, reajustou os valores dos repasses e introduziu uma nova modalidade para o cálculo dos incentivos financeiros do Programa da Atenção Básica variável referente ao PSF, remunerando melhor os municípios com maior cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família.

Em maio de 2000, os municípios com cobertura de, no mínimo, 70% de sua população haviam crescido em 42%. Em dezembro do mesmo ano, o PSF existia em 3.090 municípios e estavam constituídas por 10.473 Equipes de Saúde da Família, com uma cobertura de 22% da população brasileira, e 145.299 Agentes Comunitários de Saúde atuavam em 4.610 municípios do país (SOUSA et al., 2000, p. 11).

A partir do ano de 2003, houve uma aceleração da expansão do Programa Saúde da Família

para todo o país. Observa-se que houve um acréscimo da cobertura populacional e, conforme os dados do Ministério da Saúde em 2003, havia um total de 19 mil Equipes de Saúde da Família implantadas, cobrindo 35,7% da população brasileira, o que corresponde à cerca de 62,3 milhões de pessoas. Já no ano de 2004, esse número subiu para 21,3 mil Equipes de Saúde da Família implantadas, em 4,6 mil municípios com cobertura populacional 39% da população brasileira. E em 2005, havia sido implantado 24.600 Equipes de Saúde da Família em 4.986 municípios, cobrindo 44,4% da população brasileira, o que corresponde a aproximadamente 78,6 milhões de pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Segundo Viana; Dal Poz (1998), as mudanças operadas no modelo assistencial no SUS, por conta de dois novos programas, PACS e PSF, estão provocando alterações tanto nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde, quanto na forma de organização dos serviços. Dessa forma, o PSF representa uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil, tendo em vista que o Programa aponta para uma mudança importante na forma de remuneração das ações de saúde (superação da exclusividade do pagamento por procedimentos), nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local, e, portanto, nas práticas assistenciais em nível local, ou seja, um processo de descentralização das ações de saúde.

A Saúde da Família, desenhada inicialmente como um programa, passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de Saúde, visando à reorientação do modelo de atenção e a uma nova dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde. Tem como objetivo substituir ou converter o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente caracterizado como atendimento da demanda espontânea, eminentemente curativa, hospitalocêntrico, de alto custo, sem instituir redes hierarquizadas por complexidade, com baixa resolubilidade e no qual a equipe de saúde não estabelece vínculos de cooperação e co-responsabilidade com a comunidade.

A formulação da Estratégia Saúde da Família incorporou os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – desenvolvendo-se a partir da Equipe de Saúde da Família (ESF), que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população da área. A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) é considerada a porta de entrada e o primeiro nível de atenção, devendo estar integrada em uma rede de serviços dos diversos níveis de complexidade, estabelecendo um sistema de referência e contra-referência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes (BRASIL, 2001).

O acúmulo técnico-político dos três níveis de gestão do SUS, na implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família, elementos essenciais para a reorientação do modelo de atenção, tem possibilitado a identificação de um conjunto de questões relativas às bases conceituais e operacionais do que se tem denominado *Atenção Básica à Saúde* no Brasil, e de suas relações com os demais níveis do sistema. Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social.

O modelo organizacional do Programa Saúde da Família

O Ministério da Saúde, para organizar a Atenção Básica, está priorizando a Estratégia do Programa Saúde da Família como forma de garantir ampliação do acesso à população em nível local, tendo como objetivo principal promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros, incorporando e reafirmando os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

Mediante a adscrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os

usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, em que a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização da rede local do sistema de saúde.

O atendimento é prestado pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário) na unidade de saúde ou nos domicílios. Essa equipe e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes. A Unidade Básica de Saúde da Família – UBSF, considerada como o primeiro nível de ações para a atenção básica, necessita estar vinculada à rede de serviços para garantir a atenção integral aos indivíduos e famílias, assegurando a referência e a contra-referência para serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir, garantindo, conseqüentemente, os princípios de integralidade e hierarquização previstos pelo SUS. A referência refere-se ao apoio a casos que necessitam de médicos especializados em outras unidades do Sistema Público de Saúde e a contra-referência a garantia de atendimento no PSF após as consultas e ou exames especializados.

O planejamento baseado nos critérios epidemiológicos e sociais é a referência inicial para o desenvolvimento das ações no Programa Saúde da Família. O desafio atual é efetivamente consolidar esse programa como a porta de entrada prioritária do SUS que, mediante conversão da rede básica, deverá organizar todo o sistema a partir destes serviços, com intuito de resolver, ainda na atenção básica, cerca de 80% dos problemas de saúde mais prevalentes na população.

No desenvolvimento de suas atividades, a Equipe de Saúde da Família, de característica multiprofissional, deve conhecer as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de riscos existentes na comunidade, elaborar um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersectoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da Atenção Básica. Essas ações foram definidas, em documento do Ministério da Saúde (1999), como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de Saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação”.

Para Franco; Merhy (1999), o PSF não encontra dificuldades de implementação em municípios de pequeno porte, com pequena ou nenhuma capacidade instalada, que não dispõem, por conseguinte, de uma rede consolidada de assistência. Todavia, das avaliações realizadas, bem como da percepção advinda do acompanhamento rotineiro do PSF, foram detectados três grandes grupos de problemas para a sua implementação: os relacionados à dificuldade de substituir o modelo e a rede tradicional de atenção à saúde, proposta denominada pelo Ministério da Saúde como de conversão de modelo; aspectos afetos à inserção e ao desenvolvimento de recursos humanos; e o monitoramento efetivo do processo e resultados do PSF, incluindo os instrumentos e estratégias de sua avaliação. Outro grupo de problemas está relacionado com a garantia da integralidade, considerada na dimensão da integração com os demais níveis de complexidade da rede de serviços de saúde.

Os referidos autores incursionaram pela história da Saúde Pública para identificar, em modelos anteriormente preconizados (medicina comunitária, cuidados primários em saúde), similaridades com a proposta do PSF. Dentre estas, apontam um mesmo ponto de partida nas diretrizes racionalizadoras, a pequena ênfase na atuação clínica e na saúde individual e a não incorporação do atendimento às urgências.

Os mesmos autores consideram também que “a ruptura com a dinâmica centrada no médico, modelo hegemônico de organização e forma de trabalho da equipe” requer mudanças “nos

microprocessos de trabalho em saúde” (FRANCO; MEHRY, 1999, p. 25). Os referidos autores avaliam criticamente o não atendimento da demanda espontânea, as visitas domiciliares compulsórias, a mitificação do médico generalista e o alto grau de normatividade na implementação do programa e concluem:

O acolhimento ao usuário, através da escuta qualificada, o compromisso em resolver seu problema de saúde, a criatividade posta a serviço do outro e ainda, a capacidade de estabelecer vínculo, formam a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde, com potência para a mudança do modelo. (FRANCO; MEHRY, 1999, p. 2).

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizada pela Estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade, mudando a concepção hospitalocêntrica, centrada na doença e não no ser humano, em vigor no Brasil. Deve-se destacar que:

Embora rotulado como um programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados [...] (BRASIL, 1998, p. 8).

Quanto ao aspecto da gestão do PSF, este apresenta alguns problemas tais como o alto grau de normatividade na sua implementação. O Ministério da Saúde define desde o formato da equipe, as funções de cada profissional, a estrutura, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território, até os diversos modos de fazer o programa. Estas normas deverão ser seguidas rigorosamente pelos municípios, sob pena daqueles que não se enquadrarem nas orientações ministeriais, ficarem fora do sistema de financiamento das equipes do Programa Saúde da Família.

Agindo assim, o Ministério da Saúde impossibilita a construção de modelos alternativos, mesmo que similares à proposta do PSF, e ainda entrava a implantação do Programa de Saúde da Família diante de realidades distintas vividas em diferentes comunidades em todo território nacional. O tradicional centralismo das políticas de saúde, que marcam a área governamental desde a primeira república, continua presente neste ato.

A geograficidade do Programa Saúde da Família

A Portaria n. 1.886, de 18 de dezembro de 1997, na parte de Diretrizes operacionais, nos permite identificar alguns requisitos importantes para a delimitação das áreas e microáreas do Programa Saúde da Família. As unidades são delimitadas em função da área de abrangência de uma unidade de saúde, nesse caso a Unidade Básica de Saúde da Família, e delimita-se em função do fluxo e contrafluxo de trabalhadores de saúde e da população num determinado espaço, já as microáreas são definidas seguindo a lógica da homogeneidade sócio-econômico-sanitária, isto é, a identificação de espaços nos quais se concentram grupos populacionais mais ou menos homogêneos de acordo com suas condições de vida. Assim sendo, a referida Portaria, regulamenta que o PSF deve incorporar os seguintes aspectos na delimitação dos recortes territoriais:

1. 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);

2. O agente deve ser um morador da sua microárea de atuação há pelo menos dois anos;
3. 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;
4. A área deve conter uma população mais ou menos homogênea do ponto de vista sócio-econômico e epidemiológico, caracterizando “áreas homogêneas de risco”;
5. A área deve conter uma unidade básica de saúde (UBS) que será a sede da Equipe de Saúde da Família e local de atendimento da população adscrita;
6. Os limites da área devem considerar barreiras físicas e vias de acesso e transporte da população às unidades de saúde.

A relação serviço-território-população é descrita como adscrição, que diz respeito ao território sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família. Em documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 1994), que trata da organização do Programa, estabeleceu-se que cada equipe teria a responsabilidade pela cobertura de uma área geográfica que contenha entre 800 e 1000 famílias.

Posteriormente, a adscrição foi definida no item “diretrizes operacionais”, no qual as regras passaram a ser mais flexíveis, devendo residir na área entre 600 e 1.000 famílias com o limite máximo de 4.500 habitantes (BRASIL, 1997). Recomendou-se que a Equipe de Saúde da Família seja composta minimamente por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, na proporção de 01 Agente Comunitário de Saúde para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas. Além disso, recomendou-se considerar a “diversidade sociopolítica, econômica, densidade populacional e acessibilidade aos serviços”, entre outros fatores, na adscrição da população e delimitação das áreas.

O Ministério da Saúde adota o princípio do território para área de abrangência das Unidades de Saúde. No entanto, autores como Czeresnia & Ribeiro (2000, p. 596) propõem o uso do espaço enquanto categoria de análise para a compreensão da ocorrência e da distribuição das doenças na coletividade:

Em epidemiologia, o espaço foi inicialmente compreendido como resultado de uma interação entre organismo e natureza bruta, compreendida independentemente da ação e percepção humanas. Da mesma forma, na geografia clássica, o espaço foi entendido como substrato de fenômenos naturais, como o clima, a hidrografia, a topografia, a vegetação, etc. Porém, na origem do desenvolvimento do objeto da epidemiologia, assim como na geografia, já se manifesta a tensão que interrogou a lógica desse conhecimento que opôs natureza e cultura, natural e artificial, corpo e mente, subjetivo e objetivo, entre outras dualidades à apreensão dos fenômenos que se propunham estudar é sinalizada no discurso dessas disciplinas, revelando polêmicas que acompanharam a história desde o seu nascimento.

Mencionado por muitos estudiosos como o mais renomado geógrafo brasileiro Milton Santos, em suas discussões sobre o espaço tornou-se um nome de referência para os estudos sobre a relação espaço e doença. As análises feitas na área da saúde também devem ser realizadas a partir das categorias estrutura, processo, função e forma:

Forma, função, estrutura e processo são quatro termos disjuntivos associados, a empregar segundo um contexto do mundo de todo dia. Tomados individualmente representam apenas realidades parciais, limitadas ao mundo. Considerando, em conjunto, porém, e relacionados entre si, eles constroem uma base teórica e metodológica a partir da qual podemos discutir os fenômenos espaciais em totalidade. (SANTOS, 1985, p. 52).

Ainda de acordo com Santos (2004, p. 63),

O espaço é formado por um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá. [...] Os sistemas de objetos e sistemas de ações interagem. De um lado, os sistemas de objetos condicionam a forma como se dão as ações e, de outro lado, o sistema de ações leva à criação de objetos novos ou se realiza sobre objetos preexistentes. É assim que o espaço encontra a sua dinâmica e se transforma.

O referido autor afirma que o espaço é formado por um conjunto indissociável de sistemas de objetos e de sistemas de ações não considerados isoladamente:

Considerar o espaço como esse conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações, assim como estamos propondo, permite, a um só tempo, trabalhar o resultado conjunto dessa interação, como processo e como resultado, mas a partir de categorias susceptíveis de um tratamento analítico que, através de suas características próprias, dê conta da multiplicidade e da diversidade de situações e processos. (SANTOS, 2004, p. 63).

O município representa a escala local na qual é exercido o poder de decisão sobre a política de saúde no processo de descentralização. Segundo Mendes (1999), nesse território as práticas de saúde avançam para a integração das ações de atenção, promoção e prevenção, de forma que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida das populações.

Segundo Paim (1997) o estudo dos diferentes espaços recuperando a sua historicidade permite uma aproximação da realidade sem minimizar a sua complexidade. Entendendo que a produção e distribuição da doença e a constituição do espaço têm os mesmos determinantes, este último, enquanto expressão das condições de vida dos segmentos que o ocupam, representa a mediação passível de informar certas relações entre sociedade e a saúde.

A organização dos serviços segue os princípios da regionalização e hierarquização, delimitando uma base territorial formada por agregações sucessivas como a área de atuação dos agentes de saúde, da equipe de saúde da família e a área de abrangência de unidades de saúde.

Pereira; Barcellos (2006, p. 48), versando sobre o uso do conceito de território no PSF, afirmam que

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

Em todos esses sentidos também prevalece a idéia de território como uma instância de poder. Esse poder que existe também pode ser instituído a partir das redes de relacionamento humano estabelecidas no espaço das Unidades Básicas de Saúde da Família, envolvendo usuários, profissionais de saúde, gestores das unidades e gestor municipal.

As dimensões territoriais preconizadas pelo SUS referem-se ao município, ao Distrito Sanitário ou à área de abrangência dos serviços de saúde que são, na verdade, áreas de atuação, de caráter administrativo e gerencial dos serviços de saúde.

Monken; Barcellos (2005) destacam que a territorialização em saúde é marcada por uma concepção de espaço político-operativo, ou seja, utiliza-se o conceito de espaço de uma forma puramente administrativa, visando-se a gestão física dos serviços de saúde, pelo que não se considera a potencialidade do conceito para a identificação e proposta de enfrentamento dos

problemas de saúde. Segundo os referidos autores,

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. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico. (MONKEN; BARCELLOS, 2005, p. 898).

É necessário que a equipe da Saúde da Família conheça a realidade da população que atende, organizações familiares e comunitárias, desenvolvendo um processo de planejamento a partir desta realidade, possibilitando, assim, ações compatíveis com as necessidades da comunidade.

Alguns instrumentos utilizados para obter os conhecimentos da comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família podem ser os seguintes: cadastramento das famílias; oficinas de territorialização; reconhecimento do território; visitas domiciliares; análise dos indicadores de mortalidade e morbidade; obtenção de informações com informantes chaves da comunidade.

As informações levantadas por meio das visitas familiares para cadastramento das famílias servem para análise das situações de saúde, condições de moradia, educação do indivíduo, da família e da comunidade.

O conhecimento do espaço de atuação de cada equipe de Saúde da Família é um passo importante para a caracterização da área a ser atendida, representando muito além de uma superfície, caracterizando um espaço político e social que expressa as condições e hábitos de vida da população. Esta prática permite identificar os equipamentos sociais e as situações que interferem no dia a dia da comunidade local. As observações do espaço de cada equipe possibilitaram verificar os aspectos físicos do local, a localização dos equipamentos sociais, áreas com acúmulo de lixo, córregos e outros aspectos visíveis que indicassem as diferentes condições de vida dos residentes da área.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Saúde da Família deve ser um instrumento de mudança do modelo assistencial, ao evidenciar as fragilidades e limitações do modelo tradicional. Pesquisas apontam que, no futuro deverá ocorrer uma adoção mais homogênea do PSF pelos municípios brasileiros, tendo em vista o próprio sucesso de sua implantação, principalmente em áreas mais carentes, o que deve pressionar sua expansão e sua adoção, de forma exclusiva, nas áreas de maior risco e junto às populações mais carentes.

Percebe-se que não há uma discussão sobre os múltiplos sentidos do conceito de território, o que é percebido pela inexpressiva participação de geógrafos em todos os níveis do PSF. Quando se fala em delimitação de um local para uso do PSF, pode-se dizer que essa configuração territorial tem determinados atributos ou características. E essas características, naturais ou artificializadas pelo ser humano dão vida ao ambiente, que, por sua vez, influi no processo saúde-doença da população adscrita. O reconhecimento da relação entre o ser humano-meio é um passo importante para a incorporação de conceitos e práticas da geografia pelo PSF. O território deixaria de ser um mero depositário de atributos da população e passaria a ser considerado como um espaço de responsabilidade e da atuação compartilhada entre comunidade local e as equipes do PSF.

REFERÊNCIAS

BOUSQUAT, A. E. Conceitos de espaço na análise de políticas de saúde. Lua Nova. São Paulo, CEDEC, n. 52, p. 71-92, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição Federal. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível

em: <http://www.senado.gov.br>

_____. Programa de Saúde da Família (PSF). Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997a.

_____. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Brasília. Ministério da Saúde. 1997b.

_____. Desenvolvimento educacional para pólos de capacitação em saúde da família. Saúde da família no Brasil: linhas estratégicas para o quadriênio 1999/2002: desenvolvimento de recursos humanos: detalhamento dos projetos. Brasília, Ministério da Saúde, 1999. 11 p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica. Brasília, DF. 2000. 96 p.

_____. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília, Ministério da Saúde. 2001. p. 75-78.

_____. Portaria 373, de 27 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.

_____. Atenção Básica e Saúde da Família. Brasília. Ministério da Saúde. 2007. Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: mar. 2007.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio/jun. 2005.

PEREIRA, M. P.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. Hygeia, Uberlândia, 2(2), p. 47-55, jun 2006. Acesso em: 26 de maio de 2006. Disponível em: <www.hygeia.ig.ufu.br>

SANTOS, M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec. 2004.

_____. Espaço e Método. São Paulo: Nobel, 1985.

_____. Por uma Geografia Nova. São Paulo: Hucitec. 1986.

SILVA, J. A. da; DALMASO, A. S. W. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 240 p.

SOUSA, M. F. de et al. Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 21, p. 7-14, dez. 2000.

UNGLERT, C. V. de S. et al. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. Revista de Saúde Pública. São Paulo, 21: 439-46, 1987.

VIANA, A. L. D'A.; DAL POZ, M. R.. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de Saúde da Família. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 1998. p. 11-48.