



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL E SUDESTE DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
FACULDADE DE GEOGRAFIA**

**CISLENE PEREIRA ALVES**

**GEOGRAFIA E SAÚDE: ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – CASO  
SÃO MIGUEL DA CONQUISTA – MARABÁ – PA.**

**MARABÁ – PA  
2018**

**CISLENE PEREIRA ALVES**

**GEOGRAFIA E SAÚDE: ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – CASO  
SÃO MIGUEL DA CONQUISTA – MARABÁ – PA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Geografia da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará como requisito à obtenção de título acadêmico em Licenciatura e Bacharelado em Geografia.

Orientador: Prof.º Marcus Vinícius Mariano de Souza

**MARABÁ – PA  
2018**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) Biblioteca Josineide da Silva  
Tavares da UNIFESSPA. Marabá, PA

---

Alves, Cislene Pereira

Geografia e Saúde: Estratégia Saúde da Família - o caso do  
bairro São Miguel da Conquista em Marabá – PA / Cislene Pereira Alves; orientador Marcus  
Vinicius Mariano de Souza — 2018.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Sul e Sudeste  
do Pará, Campus Universitário de Marabá, Instituto de Ciências Humanas, Faculdade de Geografia,  
Curso de Licenciatura e Bacharelado em Geografia, Marabá, 2018.

Estratégia Saúde da Família - Marabá (PA). 2. Geografia humana. I. Souza, Marcus  
Vinicius Mariano de, 3. riente. II. Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará. III. Título.

CDD: 22. Ed.: 388.4098115

---

**GEOGRAFIA E SAÚDE: ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – CASO  
SÃO MIGUEL DA CONQUISTA – MARABÁ – PA.**

**Banca Examinadora**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Geografia da Universidade do Sul e Sudeste do Pará – UNIFESSPA, como requisito para obtenção de título de Licenciatura e Bacharel em Geografia submetida à seguinte banca examinadora:

-----  
Orientador: Prof. Marcus Vinícius Mariano de Souza

-----  
Prof. Me. Gabriel Renan Neves Barros.

-----  
Prof. Me. Marcos Mascarenhas Barbosa Rodrigues

Conceito:

-----  
Marabá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

Às minhas filhas que sempre estiveram presentes com seu amor e dedicação, eu amo vocês! Agradecimentos à minha, pelo companheirismo, carinho, amor e incentivo, e à minha mãe por ter me proporcionado a vida.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho às minhas duas filhas, Ana Flávia Alves Lemos e Géssica Letícia Alves Lemos por terem me apoiado nos momentos em que estive ausente do convívio familiar seja nas atividades acadêmicas ou em outras circunstâncias. Nas horas difíceis elas sempre me incentivaram a continuar até mesmo nos momentos em que eu quase desisti porque sempre tive que conciliar o trabalho árduo de técnico de enfermagem no Hospital com as funções de dona de casa, desempenhar o papel de pai e mãe ao mesmo tempo.

Quando comecei o curso de Geografia, me sentia uma pessoa diferente, tinha medo das críticas e preconceito que poderia enfrentar, mas tanto aos colegas e os professores me mostraram que o conhecimento é universal e nunca é tarde para interagir, buscar e aprender coisas novas. Não vou dizer que foi fácil porque cada dia, cada aula, teve seu significado, grau de facilidade ou dificuldade de aprendizado, porém, cada qual com a sua relevância.

O conhecimento é mesmo algo indescritível, mágico e surpreendente, você acaba superando seus medos e quando menos percebe já está dotado de uma bagagem intelectual extraordinária. Foi assim que me deparei quando sem perceber começava a repassar informalmente o conhecimento adquirido em sala de aula.

Foram tantas batalhas, muitos dias difíceis, entretanto, a maioria agradável porque não me sentia sozinha. As provas, os trabalhos de campo, muitos seminários... Mas com paciência e com o amor e a cumplicidade das minhas filhas, consegui chegar ao objetivo final, superei as barreiras e estou realizando essa grande e importante jornada. Obrigada!

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao meu orientador professor Marcus Vinícius Mariano de Souza e minha co-orientadora, professora Glayce Kelly Gonçalves da Costa, pelas oportunidades dadas, pela postura ética e olhar crítico, pelos debates geográficos e atividades realizadas, entre outros.

Agradeço a todos os professores que perpassaram a minha vida escolar e acadêmica, em especial àqueles que exercem a docência com amor e dedicação, por me oferecerem a base necessária a este momento.

Agradeço aos amigos de curso e de vida, Leonice Pontes, Robson Carneiro, Suely Alves, Ayandra, Leandro, enfim, todos os colegas da turma de Geografia 2011 pela amizade sincera, por me auxiliarem sempre que se fez necessário, pelas contribuições e pelos debates e conversas acerca da ciência geográfica e da docência.

Agradeço a toda minha família, principalmente a minha mãe Eurides Pereira Alves, minha irmã Cirléia Pereira Alves, meu irmão Augusto Alves Filho e minha tia Eliete Ferreira da Silva, pelos momentos felizes vividos e pelo apoio dado na construção deste trabalho.

Agradeço as pessoas que contribuíram voluntariamente e involuntariamente, seja com a disposição do seu precioso tempo ou até mesmo com pequenas informações, obrigada!

Incomensuráveis agradecimentos às minhas filhas Ana Flávia e Géssica Letícia, pelo incessante apoio e incentivo durante o período de graduação.

Agradeço também ao meu saudoso pai Augusto Alves que já não está mais conosco mais sempre esteve presente em minhas memórias e pelos inúmeros bons valores que me ensinou, pelo amor que me proporcionou em vida e pela incansável insistência de meus pais em ensinar-me sempre a importância dos estudos.

Sinto-me feliz e orgulhosa de tê-los como pai e mãe e exemplo de pessoas íntegras, honestas e generosas. Por fim, agradeço a todos os que se dispuseram a ler este trabalho, muito obrigada!

O ponto de partida para a organização dos serviços e das práticas de vigilância em saúde é a territorialização do sistema local de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde (Teixeira et al, 1998).



## RESUMO

A pesquisa analisa o planejamento e desenvolvimento da atuação da equipe estratégia e saúde da família no bairro São Miguel da Conquista e o quanto essa política pública contribui para a população do bairro. Empiricamente o trabalho se direciona para entender como a Estratégia da Saúde da Família (ESF) tem se materializado em termos de um novo modelo de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidade. Observando ainda como a territorialização contribui para o desenvolvimento do trabalho das equipes de ESF, tendo o reconhecimento do local e estabelecendo uma lógica das relações sociais, acesso a serviço de saúde, condições de vida, serviços disponibilizados e principalmente traçando um perfil patológico daquela população estudada. Utilizando-se de análise qualitativa descritiva dos fatos observados no bairro São Miguel da Conquista – Marabá- Pará, a pesquisa tem como objeto de análise as concepções e estruturas das ações da equipe de ESF no bairro supracitado. Nesse sentido, foi observado que a ESF em Marabá encontra-se em fase de implantação, que por tal motivo nem todos os bairros são atendidos pelas equipes de ESF, que no bairro São Miguel da Conquista é atendido por uma equipe e que ainda há áreas do bairro descoberta pela ESF. Todavia, a ESF pesquisada tem respondido as ações elencadas, para a execução dos serviços prestados, dentro dos princípios e diretrizes a ela propostos em consonância com as premissas do SUS. A integração entre a saúde e a Geografia por meio de suas contribuições teóricas e práticas subsidiaram de forma efetiva a construção dos territórios da saúde, consolidando assim a ESF como um importante pilar para a promoção da qualidade de vida dos usuários, através da criação de vínculos, garantindo à população adstrita a continuidade das ações de saúde, estimulando as práticas de intervenções preventivas e curativas no território do bairro São Miguel da Conquista.

**Palavras-chave:** Saúde. Geografia. Territorialização.

## LISTA DE IMAGENS

<b>Imagem 01:</b> Localização de Marabá no Sudeste do Pará.....	18
<b>Imagem 02:</b> Localização do bairro São Miguel da Conquista em Marabá – Pará, 2016.....	22
<b>Imagem 03:</b> Localização da área de abrangência da Estratégia e Saúde da Família do Centro de Saúde Jaime Pinto.....	23
<b>Imagem 04:</b> Centro de Saude Jaime Pinto – Belo Horizonte.....	23
<b>Imagem 05:</b> Trabalho da equipe ESF no Bairro São Miguel da Conquista.....	25
<b>Imagem 06:</b> Reunião com a comunidade do bairro São Miguel da Conquista.....	28

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 01:</b> Residências atendidas pelos serviços básicos de infraestrutura – Bairro São Miguel da Conquista – 2015.....	26
<b>Gráfico 02:</b> Nível de escolaridade dos moradores do bairro São Miguel da Conquista.....	27

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 01:</b> Relação das Unidades Básicas de Saúde de Marabá.....	19
<b>Quadro 02:</b> Quantidade de profissionais envolvidos nas equipes ESF de Marabá.....	19
<b>Quadro 03:</b> Quantidade de profissionais envolvidos nas equipes de PACS de Marabá.....	19
<b>Quadro 04:</b> Equipes e Profissionais inseridos da ESF do Posto Jaime Pinto.....	20
<b>Quadro 05:</b> Equipes ESF CS Jaime Pinto.....	24

## **LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 01:</b> Evolução quantitativa do PSF e do PACS (1994 e 2001).....	14
---	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACE – Agente de Combate de Endemias

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária de Saúde

CONASS- Conselho Nacional de Sistema de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PSF – Programa de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

RAS- Rede de Atenção à Saúde

SIG – Sistema de Informações Georreferenciadas

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN – Sistema de Informações sobre Agravos Notificados

SINASC- Sistema de Informações sobre Nascido Vivo

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>1 GEOGRAFIA E SAÚDE PÚBLICA.....</b>	<b>5</b>
1.1 A Geografia da Saúde.....	5
1.2 Breve reflexão sobre a situação da saúde pública no Brasil.....	7
<b>2 TERRITORIALIDADE E SAÚDE PÚBLICA.....</b>	<b>9</b>
2.1 A definição de território na Geografia.....	9
2.2 O processo de territorialização no SUS (ensaio).....	11
<b>3 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.....</b>	<b>12</b>
3.1 Algumas características do Estratégia Saúde da Família.....	12
3.2 A importância do território para o atendimento do ESF.....	16
3.3 O bairro São Miguel da Conquista.....	17
3.3.1 A pesquisa.....	17
3.3.2 Caracterização da área de estudo.....	19
3.3.3 Ações e intervenções da ESF no bairro São Miguel da Conquista.....	28
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>32</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>37</b>
<b>APÊNDICE A – Questionário elaborado para cadastrados na ESF.....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXO A – Formulário do e-SUS para os profissionais de nível superior.....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXO B – Formulário do e-SUS para os profissionais de nível médio.....</b>	<b>42</b>
<b>ANEXO C – Localização do Bairro São Miguel da Conquista em Marabá – PA, 2016..</b>	<b>43</b>
<b>ANEXO D – Localização da área de abrangência da Estratégia e Saúde da Família do Centro de Saúde Jaime Pinto.....</b>	<b>44</b>

## INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) implantou oficialmente em 1994 a Estratégia Saúde da Família (ESF) que funciona como um programa dinamizador e que faz parte da evolução e organização do Sistema Único de Saúde. O ESF visa a mudança do modelo assistencial vigente que faz apenas atendimento emergencial; neste projeto, o foco é dar o máximo de atenção à família no ambiente em que vive. O programa inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

Como forma básica, a ESF possui um conjunto de ações de reabilitação, prevenção e promoção da saúde, tendo como foco a perspectiva da família e da comunidade a partir do trabalho de uma equipe interdisciplinar no âmbito da Atenção Primária à Saúde. O acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde para a população brasileira tem passado por mudanças e avanços importantes nas últimas duas décadas e, muito disso, deve-se à ESF que está fortalecendo a rede de saúde. O essencial no trabalho da ESF é o estabelecimento de vínculos e o desenvolvimento de ações a partir da associação das características sociais, culturais, econômicas e epidemiológicas do território às demandas e necessidades em saúde da população.

Um ponto importante da ESF é o estabelecimento e, sobretudo, de uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Assim, para que se possa adentrar mais profundamente sobre o ESF, é preciso ter conhecimento sobre a área de estudo: a cidade de Marabá. Marabá é uma cidade localizada no sudeste do estado do Pará, com distância aproximada de 500 quilômetros da capital paraense, e tem por referência o encontro de dois grandes rios: o Itacaiúnas e o Tocantins. Sua colonização se deu no século XIX, mas consolidou-se apenas em 1984, século XX. A sua emancipação ocorreu em 1913.

Marabá possui cinco (5) distritos urbanos, conhecidos como núcleos, são eles: Cidade Nova, Marabá Pioneira, Nova Marabá, São Félix e Morada Nova. O mais antigo deles é a Marabá Pioneira, inclusive foi a partir dele que a cidade nasceu. Durante muito tempo, o desenvolvimento da cidade se deu por meio do extrativismo vegetal, porém após a descoberta da Província Mineral de Carajás, Marabá se desenvolveu rápido, tornando-se um município



com forte vocação industrial, agrícola e comercial. A área de ocupação de Marabá é de 15.092.268 km, com mais de 271 mil habitantes (IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - 2017).

Sobre a economia local, é possível afirmar que a cidade já vivenciou vários momentos... Desde o extrativismo vegetal, passeando pela mineração e metalurgia, e hoje tem sua base econômica fundamentada na agricultura e pecuária. Na agricultura, produz soja, milho, arroz, etc.; Na pecuária, a criação de gados para corte e leite é o “carro chefe”. Inclusive essa é uma das atividades econômicas mais importantes, influenciando até na cultura dos habitantes.

Contudo, Marabá também conta com o setor comercial, diversos estabelecimentos se instalaram na cidade nos últimos anos; a chegada de um shopping e inúmeras lojas aqueceram esse mercado, significa dizer que o município está expandindo seus horizontes no quesito comércio. Há uma década, a Marabá Pioneira era considerada o centro comercial do município, mas com o crescimento do mesmo, novos locais também se tornaram referências comerciais.

Sobre a produção do espaço urbano marabaense, a descoberta e exploração do caucho exerceram papel fundamental, pois o extrativismo permitiu o surgimento de aglomerações e certo desenvolvimento - mesmo que precário, uma vez que a comercialização da borracha era a principal atividade, constituindo uma rede de comércio. É importante ressaltar que a produção desse espaço urbano está intrinsecamente ligada aos ciclos econômicos que Marabá viveu.

De acordo com Ribeiro (2010), Marabá, construiu-se, principalmente, como um ponto comercial, característica que atraiu pessoas de diversas regiões. No entanto, o aspecto desse pequeno povoamento, até então, era de miséria, uma vez que o ponto de confluência entre os rios Itacaiúnas e Tocantins tinha apenas fins lucrativos. Mas a autora afirma que após se perceber o potencial que a região possuía, aos poucos foram surgindo casas, em melhores condições, um pouco mais afastadas da beira do rio.

A autora assevera ainda que outro fator que contribuiu para o nascimento do espaço urbano marabaense foi justamente a questão do porto, isto é, o fato de a comercialização/exploração/exportação de borracha se dá em um ponto estratégico de circulação do produto. A localização geográfica, nesse caso, favoreceu o povoamento de Marabá, sendo esse um dos motivos que levou à emancipação da cidade.

Nos dias atuais, Marabá tem desempenhado um papel importante por ser considerada uma cidade que disponibiliza para outros municípios serviços de infraestrutura, comércio, segurança, saúde, entre outros. Nesse sentido, entender o território o qual se pesquisa é

importante, pois a Geografia incorpora um aspecto essencial para as ações de saúde pública por meio da análise do território, já que elabora medidas e soluções que contribuem com a melhoria dessas ações diminuindo as barreiras até então encontradas. Nas pesquisas atuais em saúde pública brasileira, observam-se aspectos principais relacionados às novas questões sociais.

Os quatro princípios básicos da ESF são: caráter substitutivo – Alteração das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, concentrado na vigilância à saúde; integralidade e hierarquização; adoção de Unidade de Saúde da Família como primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde; territorialização e adscrição da clientela - incorporação do território como espaço de abrangência definida; equipe multiprofissional, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (BRASIL, 1997).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1997), a territorialização pressupõe o diagnóstico das características sociais, demográficas e epidemiológicas e deve impactar, de forma favorável, as condições de saúde da população adscrita. Para tal, as equipes de saúde devem realizar o cadastramento das famílias por meio de visitas domiciliares. Desse modo, objetiva-se com este trabalho observar o planejamento e desenvolvimento da atuação da equipe estratégia e saúde da família no bairro São Miguel da Conquista e o quanto essa política pública contribui para a população do bairro.

Os objetivos específicos procuram:

- Analisar como a ESF tem se materializado em termos de um novo modelo de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidade;
- Avaliar como a territorialização contribui para o desenvolvimento do trabalho das equipes da ESF;
- Analisar como se dá o funcionamento do programa no bairro São Miguel da Conquista.

Para alcançarmos os objetivos propostos foi necessário, desde o início da pesquisa, de forma paralela, a realização da pesquisa de campo, o levantamento da pesquisa bibliográfica em livros, dissertações, teses, periódicos, entre outros. A pesquisa documental em diversos bancos de dados de diferentes instituições tais como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Ministério da Saúde. Em Marabá, as informações foram adquiridas na Secretaria de Saúde e no site oficial da prefeitura. Além do acompanhamento das atividades desenvolvidas pela ESF do bairro São Miguel da Conquista.

Nesse sentido, poder avaliar como ocorre o processo de integração da ESF à rede de serviços de saúde e às políticas intersetoriais para o melhor desenvolvimento desse setor,

permite uma visão abrangente dessa estratégia no bairro São Miguel da Conquista, dando entendimento do que ocorre nas demais ESF de Marabá. A pesquisa justifica-se ainda, pelo fato que a área abrangente (estudada), precisa ser compreendida como espaço em construção sendo que a necessidade de inseparabilidade entre a materialidade e seu uso dá um caráter geográfico a esse estudo.

A pesquisa de campo ocorreu entre os meses de outubro a dezembro de 2017 e consistiu no acompanhamento das equipes, levantamento de dados de infraestrutura da área estudada, investigação de documentos relacionados à ESF em Marabá. Além disso, procurou-se realizar registros fotográficos que contribuíssem para ilustrar aspectos evidenciados na concretização da pesquisa proposta, baseando-se na análise descritiva. A última etapa consistiu na união das pesquisas teóricas, de campo e os procedimentos técnicos. Os dados obtidos foram orquestrados para a construção do trabalho de conclusão de curso, organizado em três capítulos.

No primeiro capítulo, realizou-se um referencial teórico sobre a relação entre geografia e saúde pública. No segundo capítulo, trabalhou-se a questão da territorialização e a saúde, ressaltando de que maneira o território interfere nas atividades da ESF. Já no terceiro capítulo, o foco volta-se para o programa Estratégia Saúde da Família como forma de se aprofundar e entender o projeto. Após a fundamentação teórica, a pesquisa bem como os resultados são explorados no trabalho. Por fim, as considerações acerca do objeto de estudo.

## 1 GEOGRAFIA E SAÚDE PÚBLICA

### 1.1 A geografia da saúde

Geografia da saúde é o termo usado para a área que faz uso de informações geográficas, perspectivas e métodos para o estudo da saúde, de doenças e também assistência médica. Surgiu como uma nova vertente da geografia médica, mais abrangente e mais atuante, principalmente no que diz respeito à prevenção de doenças. Para Nogueira e Remoaldo (2010), “O novo milénio conhece uma nova Geografia da Saúde, que se revela uma área científica interdisciplinar, constituindo-se como uma plataforma metodológica que consegue articular e integrar vários domínios científicos [...]” (pg.38).

Segundo os autores, esse novo ramo da geografia apareceu em 1976, durante o congresso de Moscovo, que passou a englobar de forma mais ampla todas as áreas relacionadas à geografia e saúde. Foi a partir do século XX que os geógrafos passaram a se preocupar, de fato, com o crescimento do conhecimento científico e também da geografia, de modo a agregarem valores ao campo da medicina.

A Geografia da Saúde se evidenciou com a procura do homem por metodologias que abrangessem a saúde e as dinâmicas ocorridas no território. Num primeiro momento, o termo saúde era ligado à doença, porém novos estudos o caracterizam também como bem-estar social, já que a saúde não pode ser entendida como ausência de doenças, e sim com a qualidade de vida da população diretamente relacionada ao ambiente em que está inserido.

Assim, a saúde e os problemas de saúde, são construídos socialmente mediante processos que são de várias origens e que atuam em conjunto: a biologia humana, o ambiente, os modos de vida e o próprio sistema de serviços de saúde, ou seja, as dinâmicas que acontecem num determinado espaço, como as redes.

[...] a Geografia da Saúde pode ser definida como uma “subdisciplina” geográfica, simultaneamente específica e abrangente, una e plural, características que resultam da natureza do seu objecto de estudo e da diversidade teórica e metodológica já referida. A especificidade desta “subdisciplina” advém, por um lado, da incorporação da dimensão espacial no estudo da saúde (abrangendo campos que vão desde os resultados em saúde ao planeamento dos serviços de saúde) e, por outro lado, da aplicação de ferramentas e abordagens da Geografia ao seu objecto de estudo. (NOGUEIRA E REMOALDO, 2010, p. 38-39)

É importante ressaltar que nesse ramo, a noção de espaço e território são essenciais para uma boa atuação. Por exemplo, a Geografia da Saúde procura colaborar na apreciação do espaço, de modo a considerar suas dinâmicas, na ampliação de conhecimento sobre o habitat,

na caracterização de ambientes degradados que podem propiciar eclosão de epidemias e aperfeiçoar processos de prevenção e combate a problemas de saúde.

Sobre a visão social, a Geografia da Saúde dá base para estudos que visam o mapeamento dos serviços de saúde ofertados e sua relação com os que fazem uso desses serviços, o que resulta em mapas de localização de núcleos de atendimento, abrangência dos serviços e localização dos pacientes visando o acesso ao atendimento. Esses recursos fazem com que a saúde pública exerça melhor seu papel na sociedade, por exemplo.

Quando se fala em Saúde Pública e ambiente é preciso se ter a ideia de que os dois conceitos são intrinsecamente influenciados pelos padrões de ocupação do espaço: não basta descrever as características das populações, mas é necessário localizar o mais precisamente possível onde estão acontecendo os agravos, que serviços a população está procurando, bem como o local de potencial risco ambiental. Santos (2006) define o espaço como:

[...] 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. No começo era a natureza selvagem, formada por objetos naturais, que ao longo da história vão sendo substituídos por objetos fabricados, objetos técnicos, mecanizados e, depois, cibernéticos, fazendo com que a natureza artificial tenda a funcionar como uma máquina. Através da presença desses objetos técnicos: hidroelétricas, fábricas, fazendas modernas, portos, estradas de rodagem, estradas de ferro, cidades, o espaço é marcado por esses acréscimos, que lhe dão um conteúdo extremamente técnico. (SANTOS, 2006, p.39).

Isto é, a partir das transformações do tempo o espaço também foi se modificando; por esse motivo que planejamento, monitoramento e avaliação de programas, estudo do contexto socioeconômico, vigilância em saúde, todas as ações essenciais à reorientação das ações do setor saúde são beneficiadas por uma visão incorporando a distribuição espacial. É por isso que o interesse e trabalho de geógrafos tem se tornado tão importantes na medicina, uma vez que contribuem fortemente na otimização da saúde pública.

Vale lembrar que quando se fala em saúde pública, refere-se estritamente ao SUS – Sistema Único de Saúde, que é o acesso gratuito da população aos serviços de saúde oferecidos pelo governo. O SUS tem dentre suas finalidades, tratar os cidadãos situados num mesmo território, e seus problemas de maneira integrada, para isso é necessário um planejamento articulado das ações e serviços.

As principais diretrizes do SUS são: equidade, universalidade, integridade e controle social, que permitem que o sistema abranja de maneira mais efetiva as necessidades dos usuários no sistema. A universalidade é a garantia de acesso aos serviços de saúde em todos

os níveis de assistência, um direito de todos e um dever do Estado. Direitos nem sempre garantidos.

As falhas no sistema de saúde muito ocorrem pelo vasto território e as desigualdades sociais. Contudo, é nesse sentido que a geografia da saúde procura agir, de modo a identificar, por meio do território e do espaço, maneiras de combater as doenças e de dar assistência à população, em especial, pobre, da sociedade.

## **1.2 Breve reflexão sobre a situação da saúde pública no Brasil**

A Constituição Federal de 1988, carta magna brasileira, estabelece que a saúde é um direito de todos e a responsabilidade de promover esse benefício é do Estado, ou seja, do governo. Conforme o artigo 196, esse direito é “[...] garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”.

O Sistema Único de Saúde nasce a partir dos movimentos gerados na década de 80, pela busca dos direitos à cidadania, por um sistema inclusivo, de acesso universal e com cobertura integral. A partir disso, as ações voltadas para esse âmbito são organizadas a fim de obedecer as seguintes diretrizes, de acordo com o artigo 198, da CF/88:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
  - II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
  - III - participação da comunidade.
- § 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).

É importante destacar que para que as ações e serviços de assistência funcionem, é necessário integralidade, que é a garantia aos usuários de cuidados integrais e necessários a uma vida saudável, incluindo prevenção, promoção e tratamentos. Assim como a integralidade, a igualdade busca permitir uma assistência à saúde de maneira sem preconceitos ou com nenhum tipo de privilégio, de qualquer espécie.

O Sistema Único de Saúde é um modelo que simboliza a democracia e tem várias atribuições legais para que funcione (na prática). As atribuições permitem que o SUS seja capacitado a atender a população brasileira de maneira eficiente e, em hipótese alguma seja excludente. Portanto, a ele compete, em termos da lei, segundo o artigo 200, da CF/88:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

No entanto, quando nos deparamos com o cenário atual, a realidade parece massacrar a teoria, uma vez que muito do que está documentado para a construção do SUS não consegue se concretizar na prática. Superlotação, ausência de médicos e enfermeiros, falta de estrutura física, pacientes dispersos por corredores de hospitais e pronto socorro, demora no atendimento, falta de medicamentos, são apenas alguns dos problemas enfrentados por quem precisa da saúde pública.

O descontentamento de quem utiliza as redes de saúde pública no Brasil, tem se tornado cada vez mais nítido no rosto de quem “utiliza” os serviços. É só visitar qualquer unidade básica de saúde, que logo se percebem as dificuldades que as pessoas enfrentam durante uma consulta: são horas na fila de espera. Algumas não resistem e acabam passando mal, outras de tanto esperar, preferem ir embora para suas casas sem receber o devido atendimento.

De acordo com um artigo publicado no site “Portal CFM”, com base em uma pesquisa do “Datafolha”, a população espera que a corrupção, pelo menos na área da saúde, acabe; que os políticos tenham mais compromissos e adotem medidas funcionais que eliminem a procrastinação em relação aos serviços. “O tempo de espera é o fator com avaliação mais negativa do SUS – o item é apontado como maior gargalo na rede pública para 82% dos entrevistados que buscam consulta, 80% dos que precisam de um exame de imagem e para 79% dos que aguardam cirurgia”.

Além disso, não se pode deixar de falar da extrema falta de recursos em postos e hospitais públicos, muitas vezes, devido à péssima administração dos mesmos. Infelizmente, o desvio de verbas nos governos de todas as esferas é uma realidade. Ainda de acordo com a pesquisa do “Datafolha”, “De acordo com o estudo, 83% das pessoas ouvidas acreditam que os recursos públicos não são bem administrados; 73%, que o atendimento não é igual para todos; e 62%, que o SUS não tem gestores eficientes e bem preparados.”.

A verdade é que apesar de o Brasil ter um modelo de saúde pública memorável na teoria, na prática a realidade é bem diferente e ainda há muito que melhorar. São milhares de pessoas que precisam e “usufruem” de um sistema que está falido por falta de políticas públicas e comprometimento por parte do governo. Dessa forma, há muita reflexão sobre o assunto.

## **2 TERRITORIALIDADE E SAÚDE PÚBLICA**

### **2.1 A definição de território na Geografia**

Antes de se iniciar o debate acerca da definição ou definições de território, cabe aqui esclarecer que existem diferenças entre ambos. Em primeiro plano, vale ressaltar que a produção do espaço, por exemplo, está ligada a características como a abordagem social, a composição do ambiente, a análise que se faz do mesmo, entre outras coisas. Milton Santos (1997) diz que:

Consideramos o espaço como uma instância da sociedade, ao mesmo título que a instância econômica e a instância cultura-ideológica. Isso significa que, como instância, ele *contém* e é contido pelas demais instâncias, assim como cada uma delas contém e é por ele contida. A economia está no espaço, assim como o espaço *está* na economia. O mesmo se dá com o político-institucional e com o cultural-ideológico. Isso quer dizer que a essência do espaço é social. (SANTOS, 1997, p.1).

A conceituação que Santos (1997) faz acerca de espaço é clara no que diz respeito à crença de se pensar que espaço está relacionado apenas a aspectos geográficos, o autor então reforça o contrário, afirmando que o espaço é resultado da configuração geográfica e social, isto é, de objetos distribuídos pela natureza em um território juntamente com a representatividade que esses objetos assumem na sociedade; isso de acordo com a visão que fazemos deles.

Desta maneira, é cabível dizer que o espaço assume vida através da representação que atribuímos a ele, realizando-se por meio de formas que, de acordo com o autor, são extremamente importantes na sociedade, pois são as formas que, de algum jeito, estruturam o espaço, organizando assim suas instâncias. “Na verdade, sem as formas, a sociedade, através das funções e processos, não se realizaria.” (p.2).

O espaço é uma realidade e faz parte do meio social, e sua organização muda conforme as transformações sofridas ao longo do tempo. A forma como o espaço é produzido ou se organiza é produto dessas mudanças, por meio disso ele vai assumindo novos papéis e



funções. Tanto é verdade que ao se comparar os processos que ocorreram em determinado espaço durante algum período, veremos que ele já não é mais o mesmo.

Um conceito básico é que o espaço constitui uma realidade objetiva, um produto social em permanente processo de transformação. O espaço impõe sua própria realidade; por isso a sociedade não pode operar ora dele. Consequentemente, para estudar o espaço, cumpre aprender sua relação com a sociedade, pois é esta que dita a compreensão dos efeitos dos processos (tempo e mudança) e especifica as noções de forma, função e estrutura, elementos fundamentais para a nossa compreensão da produção de espaço. (SANTOS, 1997, p.49).

Assim, é necessário entender os aspectos que constituem o espaço, são: forma, função, estrutura e, também, processo. De maneira breve e resumida, pode-se afirmar que forma está ligada a tudo que é visível ou estrutura técnica; função é o desempenho esperado por uma forma; estrutura é basicamente o modo de organização ou construção; e processo seria “como uma ação contínua, desenvolvendo-se em direção a um resultado qualquer, implicando conceitos de tempo (continuidade) e mudança.” (p.50).

O espaço, portanto, configura-se como um elemento anterior a território. O território, em linhas geográficas, está relacionado ao espaço físico onde existem relações de poder. Segundo Raffestin (1993), o território é uma espécie de prisão que os seres humanos criam para si, uma vez que é o lugar onde o trabalho se projeta, onde há demarcação política.

É essencial compreender bem que o espaço é anterior ao território. O território se forma a partir do espaço, é resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível. Ao se apropriar de um espaço, concreta ou abstratamente (por exemplo, pela representação), o ator “territorializa” o espaço. [...] o território, nessa perspectiva, é um espaço onde se projetou um trabalho, seja energia e informação, e que, por consequência, revela relações marcadas pelo poder. O espaço é a “prisão original”, o território é a prisão que os homens constroem para si. (RAFFESTIN, 1993, p. 144-145).

Assim, faz-se necessário enfatizar uma categoria essencial para a compreensão do território, que é o poder exercido por pessoas ou grupos sem o qual não se define o território. Poder e território, apesar da autonomia de cada um, vão ser enfocados conjuntamente para a consolidação do conceito de território. Assim, o poder é relacional, pois está intrínseco em todas as relações sociais.

Santos (2006) atribui o território à existência de um país, o que não significa dizer que a existência de uma nação corresponda ao mesmo conceito. Isso porque território exige a presença de um espaço físico, uma extensão. Conforme o autor, “o território é um nome político para o espaço de um país.” (2006, p.19).

Em outras palavras, a existência de um país supõe um território. Mas a existência de uma nação nem sempre é acompanhada da posse de um território e nem sempre supõe a existência de um Estado. Pode-se falar, portanto, de territorialidade sem Estado, mas é praticamente impossível nos referirmos a um Estado sem território. (SANTOS, 2006, p.19).

Assim, território está voltado para questões políticas, bem como de infraestrutura. Pois, ainda de acordo com Santos (2006), o movimento da economia e da sociedade, o funcionamento e distribuição da agricultura e das indústrias fazem jus ao território e seu uso, e “andam de mãos dadas” com a globalização. “O meio técnico-científico-informacional é a expressão geográfica da globalização” (p.21).

O território pode ser distinguido pela intensidade das técnicas trabalhadas, bem como pela diferenciação tecnológica das técnicas, uma vez que os espaços são heterogêneos. Configura-se, portanto, pelas técnicas, pelos meios de produção, pelos objetos e coisas; pelo conjunto territorial e pela dialética do próprio espaço.

Desta forma, a definição de território não pode apenas ser julgada como uma questão de extensão física, mas precisa ser avaliada também pela importância dos aspectos sociais, econômicos e culturais e, principalmente, do trabalho que auxilia na transformação do território. Além, claro, das demarcações políticas e de poder relacionadas a Estado e território.

## **2.2 O processo de territorialização no SUS (ensaio)**

Falar de territorialização no Sistema Único de Saúde implica na organização dos serviços e práticas a partir do território. Isto é, consiste em compreender o território onde as políticas públicas direcionadas ao campo da saúde serão executadas, uma vez que cada lugar tem suas particularidades. Um território nunca é igual ao outro, portanto, conhecer suas necessidades é fundamental para o bom atendimento na área.

Assim, a territorialização como um instrumento utilizado na prática da saúde pública promove recursos para elaboração de estratégias em saúde, através do mapeamento das áreas de abrangência da Saúde da Família, provendo informações aos gestores públicos sobre as condições que dizem respeito à qualidade de vida da população, que quando em posse desse conhecimento irão elaborar o plano de estratégia de saúde da família.

Essa perspectiva de atuação tem base nas ações de vigilância em saúde, possibilitando aos profissionais de saúde compreender a dinâmica que envolve o meio onde se estabelece o processo saúde/doença. Tal conduta visa a execução dos princípios norteadores do SUS: integridade, equidade e descentralização.

Muito além de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, o território do distrito sanitário ou do município, onde se verifica a interação população-serviços no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. (MONKEN, 2003, p.21).

Isto é, o autor ressalta que o território e seu processo de territorialização representam muito mais que extensões físicas e geométricas; permite o desenvolvimento de um perfil da população a ser atendida, com informações epidemiológicas, políticas, sociais e culturais, por exemplo. Entender o território faz com que os profissionais do SUS possam realizar melhor seu trabalho, identificando as necessidades de cada população.

Conforme o site “Ministério da Saúde”, o Departamento de Atenção Básica tem entre suas funções o atendimento periódico, a elaboração de estratégias de maneira conjunta entre municípios e estado, entre outras coisas. O foco principal a ser observado é que sem a territorialização na saúde, nenhuma das funções estabelecidas é possível, pois o mesmo contribui para o processo saúde-doença, numa vertente preventiva.

A verdade é que os problemas de saúde apresentam uma diversidade de determinações, fazendo com que sugestões que consistem na resolução de promoção da saúde sejam baseadas em múltiplas estratégias e medidas, atores intersetoriais e na participação e conhecimento popular. E para isso, a compreensão da territorialização é essencial.

O reconhecimento desse território pelos profissionais de saúde, principalmente os que têm seu processo de trabalho essencialmente no campo, intervindo na vida cotidiana de comunidades, é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas e necessidades de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. (MONKEN, 2003, p.21).

Portanto, é dever do SUS promover a ideia de se pensar novas formas de cuidar, de prestar assistência e de cidadania. As delimitações do território ajudam a identificar populações em risco e promover acesso. Nesse sentido, saúde e geografia se alinham para gerar bons resultados.

### **3 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

#### **3.1 Algumas características do Estratégia Saúde da Família**

O PSF (Programa de Saúde da Família) surgiu no Brasil em 1994, veiculando ser uma estratégia para reorientar/reorganizar/reformular o modelo assistencial em saúde, que estava centrado na doença e no médico, não no indivíduo como sujeito, nem na equipe de saúde como deveria ser. Portanto, o PSF foi e continua sendo a principal resposta oferecida, no

âmbito da assistência, pelos órgãos governamentais, a crise do modelo assistencial (BRASIL, 1996).

Publicado em 1994, o documento BRASIL (1994) revela que a implantação do PSF tem como objetivo geral “melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade”. Trata-se de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

O PSF teve início com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, ocorrido no Ceará no final dos anos 1980, e que foi concebido, entre outras finalidades, para servir de elo entre a comunidade e os serviços de saúde, (FARIA et al. 2008). Essa inovação permitiu maior veiculação de informações importantes para as ações de vigilância e para organização da atenção a saúde nos municípios, permitindo a gestão dos processos de descentralização e regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Faria et al. (2008), afirmam que a criação do PSF teve como referencia também as experiências exitosas desenvolvidas em países como Canadá, Cuba e Inglaterra, e em função dos resultados positivos desenvolvidos pelo PACS. O PSF define uma equipe mínima e uma lógica para o processo de trabalho em saúde visando o individuo e a família. O programa significou a adoção de uma postura mais ativa das equipes de saúde frente aos riscos e danos aos quais as populações dos territórios sob sua responsabilidade se viam submetidas. Conforme Brasil (2004), o PSF tem como objetivo geral:

Melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção na promoção, proteção, diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios do SUS e dirigido aos indivíduos, à família e a comunidade.

Embora tenha sido criado no governo Itamar Franco, sob a gestão de Henrique Santillo no Ministério da Saúde (MS) o PSF, encontrou condições de crescimento quantitativo e qualitativo nos anos seguintes, já no governo de Fernando Henrique Cardoso, mas precisamente a partir de 1998 (BRASIL, 2004), conforme o gráfico a seguir:

**Tabela 1: Evolução quantitativa do PSF e do PACS (1994 a 2001).**

ANO	Nº MUNICIPIOS COM ESF	Nº ESF	POPULAÇÃO COBERTA (X 1.000)
1994	55	328	1.132
1995	150	724	2.498
1996	228	847	2.922
1997	567	1.623	5.599
1998	1.134	3.083	10.636
1999	1.647	7.254	14.676
2000	2.766	8.604	29.684
2001	3.233	11.285	38.933

**Fonte: Brasil (2004).**

Já o documento divulgado em 1997, intitulado Saúde da Família, uma estratégia para a reorientação do modelo anuncia com detalhes a que veio a Estratégia de Saúde da Família, dedicando seus objetivos e diretrizes operacionais, em especial atenção à reorganização das práticas de trabalho, as competências dos níveis de governo, bem como as etapas de implantação da ESF.

A Estratégia de Saúde da Família surgiu da necessidade de uma nova abordagem de atendimento, uma vez que a estrutura clássica das unidades básicas de saúde (UBS) não estava atendendo integralmente a necessidade da população. A ESF está inserindo um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). E de acordo o Ministério da Saúde, sua implantação constitui-se:

[...] uma estratégia que prioriza as ações de promoção da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Seu objetivo é a reorganização da prática e assistência para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada e vem possibilitando às equipes de saúde uma compreensão do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (BRASIL, 2000).

Os documentos defensores do PSF afirmam que o propósito de estender a cobertura assistencial às áreas mais pobres e de risco visam à equidade, através da proteção, da prevenção e da promoção da saúde. Entende-se que a equidade é princípio imprescindível na garantia de direitos, entretanto, pergunta-se a atenção básica porta de entrada para a rede assistencial em saúde não é para todos os cidadãos?

Ou seja, mesmo que a essência do Programa seja louvável, é importante destacar que ao mesmo tempo em que visa à universalidade das ações em saúde, ele surge especialmente para a população pobre e de risco, ou seja, desenvolve ações focalizadas a uma parte da população, o que demonstra a influência da lógica neoliberal sobre o mesmo.

Em 2006 o PSF deixou de ser programa e passou a ser uma estratégia permanente na atenção básica em saúde, justamente por que programa possui tempo determinado e estratégia é permanente e contínua. Desse modo passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família - ESF.

As equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), formadas por profissionais de medicina, enfermagem, odontologia, medicina veterinária, biologia, etc., necessitam realizar diagnósticos de condições de vida, mapeamento socioambiental, delimitação da área de atuação da ESF e territorialização. A Estratégia Saúde da Família incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2000) e se estrutura a partir da Unidade Saúde da Família (USF), conforme contextualizado a seguir (BRASIL, 2006):

- **Integralidade e Hierarquização:** A Unidade de Saúde da Família (USF) está inserida na atenção primária à saúde. Suas equipes devem realizar o diagnóstico de saúde do território adscrito, identificando o perfil epidemiológico e sócio demográfico das famílias, reconhecendo os problemas de saúde prevalentes e os riscos que esta população está exposta, elaborando, com a sua participação, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde. O cumprimento desses dois princípios pressupõe que os profissionais envolvidos nas equipes de saúde compreendam que seus serviços estão organizados em níveis de complexidade crescentes, desde o nível local de assistência, até os mais especializados; este sistema é denominado **referência** e **contra referência**, sendo que a referência se dá do nível de menor para o de maior complexidade, inversamente à contra referência. A articulação entre esses dois sistemas é bastante difícil uma vez que a demanda de serviços mais complexos excede ao número de solicitações por parte da atenção básica, dificultando atingir excelência no atendimento aos clientes que necessitam de serviços especializados.
- **Territorialização e Adscrição da Clientela:** A Unidade de Saúde da Família (USF) trabalha com território de abrangência definido, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento desta população. Recomenda-se que a equipe seja responsável por, no máximo, 4000 pessoas do território.
- **Equipe Multiprofissional:** composta por um enfermeiro, um médico generalista ou de família, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Além desses, odontólogos, assistentes sociais e psicólogos, dentre outros, poderão fazer parte das equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades locais.

- **Caráter Substitutivo:** substituição das práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho, centrado na Vigilância à Saúde (SANTANA e CARMAGNANI, 2001).

O funcionamento das Unidades Saúde da Família (USF) se dá pela atuação de uma ou mais equipes de profissionais que devem se responsabilizar pela atenção à saúde da população, vinculada a um determinado território. Cada equipe é responsável por uma área onde residem entre 600 a 1000 famílias, com limite máximo de 4000 habitantes.

Essas equipes devem realizar o cadastramento das famílias por meio de visitas domiciliares às residências, em sua área de abrangência. As informações desse cadastro, juntamente com outras fontes de informação, levam ao conhecimento da realidade daquela população, seus principais problemas de saúde e seu modo de vida.

### **3.2 A importância do território para o atendimento da ESF**

A implantação de programas de saúde que nascem na esfera federal e alcançam os municípios conseguem promover tanto a elaboração de projetos que geram o desenvolvimento local, quanto a utilização da geografia, através de ferramentas que permitem planejar a territorialidade a partir de políticas públicas, de equipamentos e ações. Quando se volta para o Programa Saúde da Família, a territorialização se configura como um dos pressupostos básicos para a realização desse trabalho.

Hodiernamente, a territorialização de atividades de saúde vem sendo preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, muitas vezes, o conceito é utilizado de forma meramente administrativa, negligenciando o seu potencial para a identificação de doenças e de propostas de intervenção baseadas nas reais necessidades da população.

Segundo Schneider (2009) o conceito de território é amplo. Para os geógrafos trata-se de um dos conceitos fundadores da geografia, que se relaciona com outro de complexidade ainda maior, que é o de espaço. Para os biólogos, o conceito de território serve como recurso heurístico para análise do habitat. Os antropólogos usam o conceito de território para descrever e delimitar o espaço em que transcorrem relações e interações de determinados grupos sociais. Já os economistas e planejadores utilizam o conceito de território para entender em que medida a localização espacial de determinado recurso ou atividade produtiva pode influenciar no seu custo e na formação dos preços relativos dos produtos.

Os significados de políticas públicas e de território, ambos ligados ao Estado, admitem reconhecer como verdadeiro o pressuposto da inseparabilidade. De acordo com Steiberger

(2013), esse reconhecimento vem por meio das noções de público e coletivo que justificam a ação do Estado produzir políticas públicas para cidadãos que compartilham a vida. Vem também através das noções de povo e soberania, as quais, conforme o foco jurídico justifica a ação do Estado sobre o território, cuja finalidade é o bem comum de um povo situado em um determinado território.

A territorialização, portanto, funciona como base para organização e planejamento em saúde, analisando o território como um espaço considerável de terra, área geográfica de uma unidade federativa com conflitos e interesses diferenciados, que permite uma análise mais pormenorizada da região. O objetivo da territorialização da saúde é delimitar uma área de abrangência, definindo a população adscrita e conhecer o perfil epidemiológico, social e sanitário, ambiental, a fim de identificar fatores condicionantes e determinantes de saúde e estabelecer com a comunidade um vínculo capaz de estabelecer prioridades nas ações que se fizerem necessárias.

Dessa maneira, a territorialização, enfim, é o processo de apropriação do território e de seus elementos sociais, culturais, políticos, econômicos, demográficos, laborais, epidemiológico-sanitários e tecnológicos, com o reconhecimento de sua simbologia, historicidade, relações de poder, identidade, sentimento de pertencimento e de coletividade, redes e aparelhos em ação e inter-relação, com a categorização e o recenseamento dos sujeitos, das famílias e das comunidades existentes e a consequente identificação de sujeitos e grupos de risco, além de seus processos relacionados ao nascimento, crescimento, desenvolvimento, reprodução, adoecimento e morte.

### **3.3 O bairro São Miguel da Conquista**

#### **3.3.1 A pesquisa**

Os dados produzidos nessa pesquisa foram organizados para se atingir os objetivos propostos no Trabalho de Conclusão de curso, tendo uma articulação entre as revisões bibliográficas feitas no decorrer da construção do mesmo e a realidade do local estudado, por meio de investigação qualitativa. Segundo Minayo (2010), o conhecimento se produz pela busca da articulação entre a teoria e a realidade empírica.

No campo da Geografia da Saúde, os métodos mais usados para estudos das questões relacionadas às políticas de saúde são os quantitativos e qualitativos. Vale ressaltar que ao desenvolver uma proposta de investigação e no desenrolar das etapas de uma pesquisa, o investigador trabalha com o reconhecimento, a conveniência e a utilidade dos métodos





**Quadro 01: Relação das Unidades Básicas de Saúde de Marabá**

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE MARABÁ	
ZONA URBANA	ZONA RURAL
C.S. AMADEU VIVÁQUA – São Félix II	P S CAPISTRANO DE ABREU
C. S. CARLOS BARRETO – Morada Nova	P S MURUMURU
C.S. DEMÓSTINES AZEVEDO – Francisco Coelho	P S SORORÓ
C. S. ENFERMEIRA ZEZINHA – Folha 23	P S SANTA FÉ
C. S. HIROSH MATSUDA – Folha 11	P S BREJO DO MEIO
C. S. JAIME PINTO – Belo Horizonte	P S VILA UNIÃO
C. S. LARANJEIRAS – Laranjeiras	P S VILA ESPIRITO SANTO
C. S. LIBERDADE - Independência	P S ITAINÓPOLIS
C. S. MARIA BICO DOCE – São Félix I	P S CARIMÃ
C. S. MARIANA MORAES – Km 07	P S CRISTALÂNDIA
C. S. PEDRO CAVALCANTE – Amapá	
CRISMU – Folha 33	
U S F JOÃO BATISTA BEZERRA – Santa Rosa	

Fonte: Secretaria de saúde de marabá – Organização: Alves, 2017.

No total, são 22 equipes de Estratégia de saúde da Família (ESF) com multiprofissionais, que atendem as residências. Para cada equipe, a política nacional orienta o atendimento de no máximo de 4000 a 4500 pessoas. Sendo que 22 equipes atuam na área urbana de Marabá e 16 equipes de PACS - programa de agentes comunitários de saúde - constituídas por agente comunitário de saúde e enfermeiro, sendo 11 equipes que atuam na zona rural e 5 equipes na área urbana (Quadro 04 e 05).

**Quadro 02: Quantidade de Profissionais envolvidos nas equipes de ESF de Marabá.**

Profissionais	Quantidade
Médico	22
Enfermeiro	22
Tec. De Enfermagem	50
Agente Comunitário de saúde	201

Fonte: Secretaria de saúde de marabá – Organização: Alves, 2017.

**Quadro 03: Quantidade de Profissionais envolvidos nas equipes de PACS de Marabá.**

Profissionais	Quantidade
Enfermeiro	16
Agente Comunitário de saúde	158

Fonte: Secretaria de saúde de marabá – Organização: Alves, 2017.

O atendimento básico é a porta de entrada para a rede de saúde do SUS. Para a atuação dessas equipes é necessário um estudo geográfico, onde é definido o território de atuação de cada equipe que está veiculada a uma base fixa que é a unidade básica de saúde. Em Marabá, a ESF foi implantada no final do ano de 2014, estando no atual momento em fase de transição de PACS para ESF.

### 3.3.2 Caracterização da área de estudo:

Localizado no Núcleo Cidade Nova entre os bairros Belo Horizonte e Vale do Itacaiúnas, o bairro São Miguel da Conquista, também conhecido como "Invasão do Aurélio" é um entre os vários bairros de ocupação irregular na cidade de Marabá-Pa. Com uma população em torno de 3.905 habitantes e 1.033 domicílios (IBGE, 2010).

Devido o censo ter sido aferido em 2010, os dados relacionados ao quantitativo populacional sofreu alteração nesses últimos oito anos. Aproximadamente 4 mil pessoas estavam cadastradas na ESF do bairro São Miguel da Conquista, mas a cada ano estes dados divergem, seja pelo quantitativo de profissionais destinado às áreas, seja pela mudança domiciliar dos moradores.

É imprescindível salientar que existem áreas do local que ainda não são cobertas pela ESF, entretanto, não se tem ao certo a quantidade efetiva da população para o ano do presente trabalho. De acordo com os dados obtidos no centro de saúde Jaime Pinto, há atualmente três equipes de ESF, como mostra o quadro a seguir:

**Quadro 04: Equipes e Profissionais inseridos da ESF do Posto Jaime Pinto.**

<b>EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO POSTO JAIME PINTO</b>		
<b>EQUIPES</b>	<b>BAIRROS INSERIDOS</b>	<b>PROFISSIONAIS</b>
<b>EQUIPE I</b>	<b>NOVO HORIZONTE BELO HORIZONTE</b>	<b>01 MÉDICO 01 ENFERMEIRO 03 TÉCNICOS DE ENFERMAGEM 12 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE</b>

EQUIPE II	SÃO MIGUEL DA CONQUISTA	01 MÉDICO 01 ENFERMEIRO 03 TÉCNICOS DE ENFERMAGEM 12 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
EQUIPE III	VALE DO ITACAIÚNAS FILADÉLFIA	01 MÉDICO 01 ENFERMEIRO 03 TÉCNICOS DE ENFERMAGEM 05 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Fonte: Secretaria de saúde de marabá – Organização: Alves, 2017.

De acordo com as informações colhidas no Posto Jaime Pinto, há aproximadamente 4 mil pessoas cadastradas na ESF do bairro, sendo que ainda há áreas do mesmo que ainda não são cobertas pela ESF. Contudo, a preconização da estimativa dos domicílios cadastrados por cada ACS seria em torno de 150 famílias, estimativa essa que geralmente não se concretiza.

**Imagem 02: Localização do Bairro São Miguel da Conquista em Marabá – PA, 2016.**



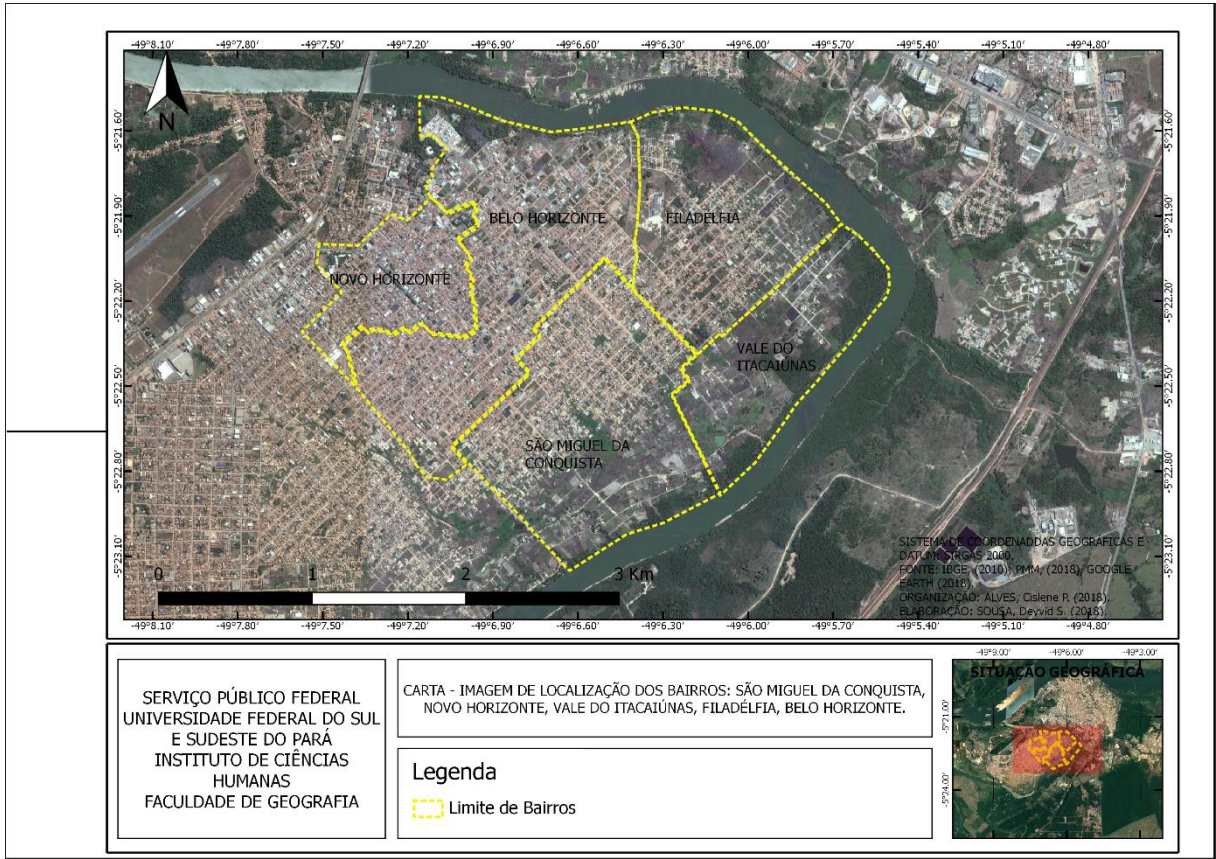
**Fonte:** IBGE (2010); Organização: ALVES, C.P; Elaboração: SOUSA, D.S.

O bairro São Miguel da Conquista (Imagem 02) e (ANEXO C) é atendido pelo Centro de Saúde Jaime Pinto (Imagem 04), localizado no bairro Belo Horizonte, o qual possui três equipes de ESF que atendem nos dois bairros mencionados anteriormente, sendo que cada equipe atende aproximadamente 4.500 pessoas, tendo um total de 420 famílias cadastradas, segundo informações adquiridas com a coordenação do ESF Jaime Pinto.

As equipes da ESF são distribuídas nos bairro São Miguel da Conquista, Belo Horizonte, Novo Horizonte, Vale do Itacaiúnas e Filadélfia, conforme podemos ver abaixo na carta-imagem de localização (Imagem 03) e (ANEXO D):



**Imagem 03: Localização da área de abrangência da Estratégia e Saúde da Família do Centro de Saúde Jaime Pinto.**



Fonte: IBGE (2010); Organização: ALVES, C.P; Elaboração: SOUSA, D.S.

**Imagem 04: Centro de Saude Jaime Pinto – Belo Horizonte**



Fonte: Arquivo pessoal – Alves, 2017.

No quadro abaixo (quadro 05), está demonstrada a estrutura das equipes em relação à quantidade de profissionais e suas especialidades. Para que uma família venha ser cadastrada pela equipe ESF, é necessário um pré-cadastro realizado pelo agente comunitário de saúde. Este profissional é responsável pelo elo entre a comunidade e os demais profissionais que compõem a equipe.

O técnico de enfermagem é o profissional responsável pelos procedimentos básicos relacionados à enfermagem. O enfermeiro compromete-se pelas campanhas e programas ao longo do ano que são destinadas pelo Ministério da Saúde. Já o médico atende as patologias propriamente ditas.

**Quadro 05: Equipes ESF CS Jaime Pinto**

<b>Equipes</b>	<b>Médicos</b>	<b>Enfermeiro</b>	<b>Técnicos de Enfermagem</b>	<b>Agente de Saúde</b>
01	1	1	3	12
02	1	1	2	10
03	1	1	3	6

Fonte: Secretaria de saúde de marabá – Organização: Alves, 2017.

A equipe Estratégia e Saúde da Família que atende ao bairro São Miguel da Conquista é a equipe 02. A composição da equipe multiprofissional está constituída por 01 médico, 01 enfermeiro, 02 técnicos de enfermagem e 10 agentes comunitários de saúde, sendo que cada agente atende 150 famílias, totalizando 1500 famílias.

A equipe se organiza em relação às visitas e procedimentos frente à comunidade da seguinte maneira: há visitas diárias por parte dos agentes comunitários de saúde o qual é responsável por marcação de consultas que serão atendidas na unidade de saúde os demais profissionais fazem visitas domiciliares semanalmente.

O agente comunitário de saúde também fica responsável por organizar o local onde são feitas ações e reuniões na área, além disso, o próprio paciente também pode estar procurando a unidade de saúde e marcando sua consulta. Quanto às consultas que ocorrem na unidade de saúde diariamente e os atendimentos são feitos de segunda a sexta-feira sendo pela manhã e à tarde.

Na unidade de saúde está presente toda a equipe da ESF: o médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde, dentre outros profissionais que não fazem parte da ESF como o Psicólogo, Assistente Social, Dentista, Assistente de serviços Gerais (ASG), Vigia, assistente administrativo e a Gerente da Unidade.

Sabendo que nem todos da comunidade pode se deslocar da sua residência até unidade de saúde, foram planejadas as consultas mensais em locais de melhor acesso a comunidade

(escolas públicas, associação de moradores ou locais cedidos por igrejas). Porém, essas consultas mais próximas à comunidade não, isenta a visita na casa do paciente que não tem condições chegar ao local por sérios problemas de saúde. Nesse sentido todos os dados são levantados quanto à área de atendimento bem quanto os pacientes atendidos.

Em relação aos dados encontrados nas áreas atendida, e a respeito de cada individuo são repassados para fichas (prontuário) e posteriormente repassadas as informações do usuário para o formulário e-SUS (Anexo I). Por questão de organização os dados da ficha e-SUS (parte física) são preenchidos no sistema uma vez por mês e enviados para Ministério da Saúde.

Essas mesmas informações repassadas ao Ministério de Saúde em forma digital ficam retidas (arquivadas) na secretaria de saúde de Marabá. Para que haja um elo entre as informações dos centros de saúde e a secretaria municipal de saúde, ocorre uma vez por mês reuniões com todas as equipes ESF e gerentes das unidades de saúde de Marabá.

#### **Imagem 05: Trabalho da equipe ESF Bairro São Miguel da Conquista**



Fonte: Arquivo pessoal – Alves, 2017. - Imagem 01: Atendimento na propriedade; Imagem 02: Preenchimento de dados do paciente; Imagem 03: Consulta medica; Imagem 04: Palestra na comunidade.

Devido o processamento dos dados encontrarem-se em transição do sistema de atenção (SIAB) para o sistema e-sus, o qual visa reestruturar as informações da atenção básica a nível nacional em busca de um SUS eletrônico (DAB, 2016), preconizado pela

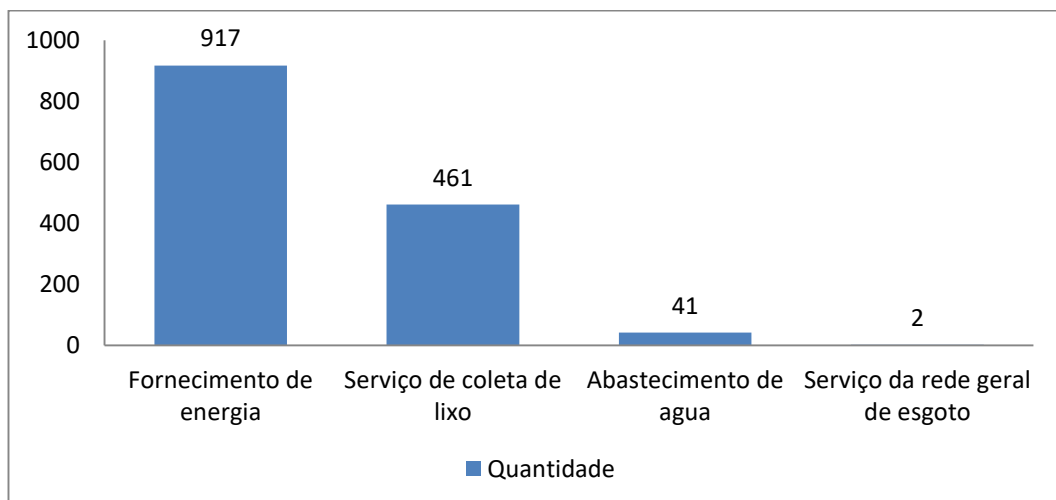


portaria GM/MS nº1412 de 10 de julho de 2013, que prevê a substituição completa do SIAB (CONASEMS, 2016), a obtenção de dados foi dificultado, pois como citado anteriormente no presente trabalho a ESF foi introduzida em Marabá no ano de 2014.

Sendo assim, vários dados ainda não estão compilados para que tanto o município, como a própria equipe defina o perfil de sua população adscrita o que causa um comprometimento da territorialização, que acaba por se restringir a apenas um mapa que focaliza as áreas de risco da população (PESSOA et al, 2013).

Em relação à infraestrutura básica do bairro São Miguel da Conquista, levando em consideração ao ultimo censo demográfico (IBGE, 2010) 917 dos domicílios possuem serviço de fornecimento de energia, quanto ao serviço de coleta de lixo uma quantidade de 461 de residências são atendidas, em se tratando de abastecimento de água pela companhia responsável apenas 41 casas tem acesso a esse serviço, sendo uma percentual quase que irrisório para o serviço de atendimento pela rede geral de esgoto, apenas 2 domicílios (Gráfico 01).

**Gráfico 01: Residências atendidas pelos serviços básicos de infraestrutura – Bairro São Miguel da Conquista – 2015.**



Fonte: IBGE (2010). Elaboração: SILVA, L.P. (2016) Organização: Alves, (2018).

Estudando as contribuições da estratégia saúde da família - ESF, para a população adstrita no território do bairro São Miguel da Conquista, pode-se observar que no bairro estudado ainda há muitos problemas de infraestrutura e principalmente a ausência do poder público que se dá intencionalmente pelos interesses políticos e partidários que mais atrapalham do que contribuem para a população em geral.

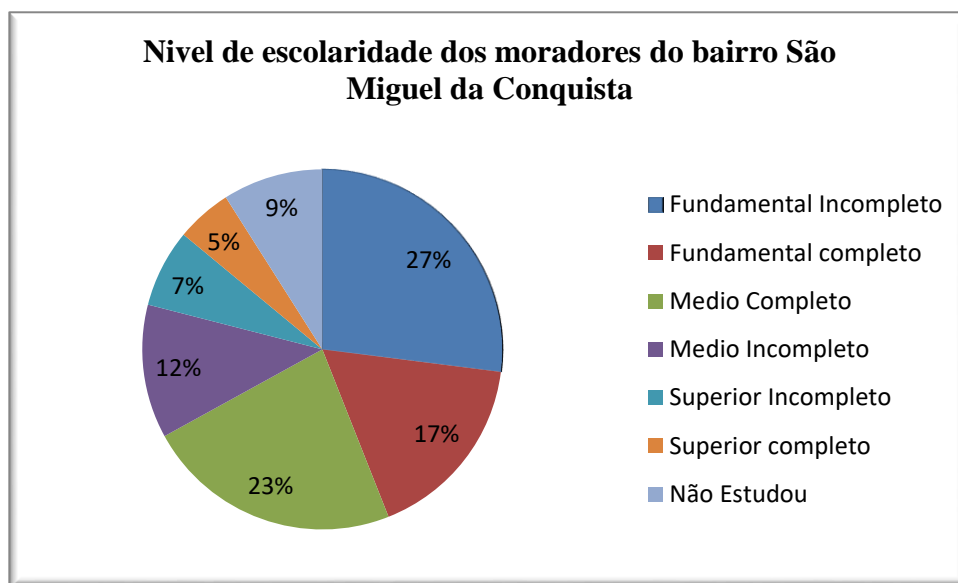
As famílias cadastradas na ESF perfazem um número de 461 famílias, destas, 697 usufruem dos serviços. Porém, 31 famílias são servidas ainda por poços, cisternas, entre outros. Em relação aos dados concernentes ao destino das fezes e urina, pode notar que 21,42

% das famílias cadastradas não gozam do serviço de esgotamento sanitário, por terem suas habitações edificadas em áreas não legalizadas pela prefeitura municipal de Marabá – Pará.

Em relação ao nível de escolaridade dos moradores do São Miguel da Conquista, podemos observar no gráfico 02 que de 27% dos entrevistados que disseram não ter concluído o ensino fundamental em contra posição a 17% que alegaram ter concluído essa modalidade de ensino. O baixo nível de escolaridade exerce influência direta sobre o tipo de ocupação e conseqüentemente em salários mais baixos, conforme veremos posteriormente.

Apenas 23% possuem o ensino médio completo e 12% incompleto. Percebe-se que o que predomina, é a baixa escolaridade, pois, ainda se constata que 9% dos entrevistados disseram não ter estudado. Contudo, também foi detectada uma porcentagem de pessoas com nível superior completo e também incompleto, perfazendo um percentual de 5% e 7% respectivamente (SILVA, 2017).

**Gráfico 02: Nível de escolaridade dos moradores do bairro São Miguel da Conquista**



Fonte e Elaboração: SILVA, L.P. (2017) Organização: Alves, (2018).

Por meio do gráfico acima mostrado, pode-se inferir, com apoio da pesquisa, que um percentual acima de 90% de pessoas alfabetizadas interfere diretamente na aplicação e desenvolvimento de ações educativas voltadas para a prevenção e promoção à saúde, pois possibilita melhor entendimento e compreensão aos esclarecimentos prestados sobre temas de saúde pelos profissionais das equipes saúde da família.

### 3.3.3 Ações e intervenções da ESF no bairro São Miguel da Conquista

Acompanhando as equipes de ESF do Centro de saúde Jaime Pinto, pode ser observado que para os profissionais envolvidos com o trabalho da saúde, o nível de escolaridade e cultural da população é determinante para que haja o mínimo de participação das pessoas nos problemas de saúde, pois além da equipe não possuir o poder de decisões em diversas questões nestes âmbitos, a maioria dos usuários aproveitariam o momento de reuniões (Imagem 04) para esclarecerem suas dúvidas sobre sua saúde pessoal e da família.

Uma vez que desabafar suas insatisfações com os serviços ofertados e até mesmo questionar os profissionais que estão à frente deste processo ocorre frequentemente. O que comumente faz com que esses profissionais fiquem desacreditados pela dificuldade de efetivação dos serviços de saúde, na maioria das vezes, em dissonância com as preconizações do ministério da saúde.

#### **Imagem 06: Reunião com a comunidade do bairro São Miguel da Conquista**



Fonte: Arquivo pessoal – Alves, 2017.

Isto indica que os valores culturais de ambos: comunidade e profissionais de saúde, ainda estão calcados no entendimento do Estado provedor e a comunidade beneficiária.

De acordo com a coordenadora do programa (ESF), Enfermeira Taiane, são inúmeras as ações realizadas no bairro pelas equipes, algumas dotadas de estrutura e apoio de outras secretarias.

Secretarias como a de segurança pública, Secretaria de Viação e Obras Públicas (SEVOP), que disponibilizam apoio na execução das medidas de limpeza coleta de lixo no local, Secretaria de Ação Social, entre outras, que dão suporte às ações como no caso dos abrigos destinados aos que tiveram sua casa invadida pela enchente dos rios Tocantins e Itacaiúnas. As equipes são alocadas nos locais destinados para fazerem o atendimento de saúde de segunda a sexta-feira.

As ações geralmente são planejadas e programadas antecipadamente pela equipe. Os agentes comunitários de saúde divulgam as atividades através das visitas domiciliares, para que o máximo de pessoas possa ser atendido por esses profissionais. Os procedimentos realizados são:

- Consultas médica;
- Consultas de Enfermagem;
- Aferição de pressão arterial (para a detecção e monitoramento de hipertensos na área);
- Verificação do teste de glicemia capilar (para a detecção e monitoramento de diabéticos na área);
- Avaliação antropométrica dos pacientes;
- Peso do bolsa família;
- Vacinação;
- Administração de medicamentos, quando prescrito pelo médico;
- Palestras e apresentação dos programas disponibilizados na unidade de saúde como: planejamento familiar, saúde da mulher (PCCU), programa do Tabagismo, entre outros.

Segundo informações da enfermeira responsável pela equipe ESF, Taiane, que atende o bairro São Miguel da Conquista, as reuniões com a comunidade tem o objetivo de esclarecer assuntos técnicos que venham aproximar os profissionais e a comunidade e com isso facilitar a obtenção dos dados e formação de diagnósticos daquele território.

O público abrangente são crianças, puérperas, adolescentes, idosos, jovens, população de todas as faixas etárias e gêneros. As patologias mais encontradas são hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, verminoses, parasitoses, escabiose, pediculose, etc.

As equipes também dão suporte para os pacientes acamados, ou seja, impossibilitados de irem ao posto de saúde como no caso das puérperas (mulheres recém-paridas), pessoas cadeirantes, deficientes ou em tratamento pós-operatório. São administrados curativos, medicações prescritas pelo médico, monitorização dos sinais vitais, bem como o acompanhamento desses acamados até que o mesmo esteja recuperado e disposto para ir até a unidade de saúde.

A enfermeira destacou as dificuldades encontradas para reunir um grupo significativo de pessoas que alegam a indisponibilidade de horário (a visita geralmente toma um pouco do tempo em que estão em seus afazeres domésticos) e a desmotivação para participar, inclusive esse fato é bastante recorrente nas visitas domiciliares já que o atendimento é feito de porta em porta e nem sempre a equipe é bem recebida, existem inclusive alguns casos de recusa, relata.

Após serem realizados os procedimentos os profissionais devem preencher o formulário do e-SUS. Cada profissional tem seu número do cartão do SUS e códigos de equipes ao qual estão inseridos. Deverão informar nessa ficha do e-SUS todos os serviços, escuta e orientações prestados na área e na Unidade Básica de Saúde, informar também, as seguintes informações:

- Número do cartão do SUS;
- Data de nascimento;
- Data e turno do atendimento;
- Número do prontuário do paciente.

Os procedimentos são anotados e somados no final da ação ou turno do funcionário e as informações serão digitadas posteriormente no Sistema de informática do e-SUS na unidade de saúde, no caso, o posto Jaime Pinto, conforme ANEXO A (p.56) e ANEXO B (p.57)

Depois de informados, esses dados irão fomentar o sistema do e-SUS gerando a produção de trabalho individual de cada profissional, dentro e fora da unidade de saúde, com isso o Ministério da Saúde almeja analisar, quantificar e qualificar melhor os atendimentos e diagnósticos levantados pelas UBSs.

É importante salientar que o Ministério da Saúde implantou esses formulários também para os funcionários das unidades de saúde que fazem parte do corpo técnico, visando alimentar ainda mais o sistema com os dados dos procedimentos realizados na unidade.

Foram feitas algumas entrevistas com funcionárias do posto Jaime Pinto, algumas que fazem parte da ESF, outras não, a maioria delas se queixaram dessa normatização do e-SUS já que algumas não tem habilidade com o computador e ainda não foi feita nenhuma capacitação de informática. A maioria se queixou da pequena quantidade de computadores, no caso do posto Jaime Pinto são apenas dois que possuem o sistema de cadastro do e-SUS, dificultando a realização dessa digitação.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos questionários aplicados para 50 pessoas atendidas pelo ESF, concluiu-se que a faixa etária varia entre 20 e 60 anos de idade, compreendendo as mais variadas profissões: desde professor, comerciante, vigilante até donas de casa. Significa dizer que o programa não privilegia classe social e nem nível de instrução, pois o objetivo é promover saúde a todas as famílias cadastradas pelo SUS.

Nas 14 perguntas elaboradas para a pesquisa, verificou-se, unanimemente, que as visitas feitas pelas equipes do ESF são mensais para todos os beneficiados. Aproximadamente 70% dos entrevistados foram mulheres e 30% homens. No entanto, não há distinção entre os gêneros; a atenção e o atendimento é igual para ambos.

Quanto ao profissional que faz o atendimento nos domicílios, 1% declarou a alternativa médico, 3% assinalou enfermeiro, 46% recebem a visita de ACS e 50% é atendido rotineiramente por técnicos de enfermagem. Através desses percentuais se tem uma clareza sobre o trabalho de cada um desses profissionais.

Sobre os tipos de atendimentos recebidos nas visitas domiciliares, houve variação. Pois os serviços do programa buscam ser amplos para trabalhar a questão da prevenção de doenças. E conforme os entrevistados, os profissionais de saúde fazem consultas, aferição de pressão, teste de glicemia, orientação, vacinas, entre outros.

Em relação à procura de atendimento especificamente no posto de saúde Jaime Pinto, 10% dos entrevistados afirmou não buscar atendimento no posto referido, enquanto 90% disse que sim. Uma das razões para o resultado negativo é a distância entre a residência do beneficiado e a unidade de saúde.

Quando perguntados sobre o que procuram no posto de saúde, os entrevistados assinalaram diversas opções, como: vacinas, medicamentos, PCCU, etc. Vale ressaltar que a maioria das pessoas atendidas pelo ESF é de classe média baixa, grande parte desse público não tem recursos para, por exemplo, comprar remédios solicitados pelos médicos e por isso, a busca por medicamentos no posto é constante.

O Programa Estratégia Saúde da Família tem a finalidade, como já se disse antes, de complementar o serviço do SUS, o que significa que não substitui o atendimento dos postos de saúde, mas visa completa-lo. Contudo, de acordo com as respostas, 40% afirmou que os acolhimentos no domicílio substituem o atendimento na unidade de saúde e 60% respondeu que não. Com isso, percebe-se que por receberem os profissionais de saúde em casa, muitos deixam de ao posto o que pode implicar negativamente no acompanhamento pelo SUS.

Identificou-se também que por as unidades de saúde ficarem distantes para algumas pessoas, elas acabam ficando em casa mesmo e não tendo atendimento necessário. Quando questionados: “se houvesse uma unidade básica de saúde no seu bairro você buscaria atendimento?”, 100% dos entrevistados responderam que sim.

Esse posicionamento faz-se reflexivo no sentido que ainda há poucos postos de saúde no município de Marabá e infelizmente nem todas as pessoas conseguem receber os serviços do SUS. Uma vez que a realidade mostra que famílias de baixa renda não têm condições de se deslocarem regularmente a uma unidade de saúde, portanto optam por não receber o atendimento.

Ainda nesse segmento, os entrevistados também foram unânimes ao afirmar que a falta de um posto de saúde no bairro prejudica a saúde dos moradores, pois como já se falou nem todos têm recursos para se deslocar, o que os impede de sair de casa e de receber atendimento adequado.

Sobre a pergunta se os atendimentos do ESF conseguem suprir a demanda do bairro São Miguel da Conquista, as respostas foram divergentes. Para 65% dos entrevistados o programa não abrange todas as necessidades dos moradores, pois ainda há muito a ser feito. Entretanto, para 35% deles, os atendimentos das equipes do ESF suprem a demanda do bairro.

Na última pergunta, os entrevistados tiveram que analisar a contribuição do ESF para a boa saúde do indivíduo, 10% afirmou que não e 90% disse sim. A partir desse resultado, pode-se observar que apesar de o programa não satisfazer a todos, consegue impressionar positivamente a maioria dos beneficiados.

Percebe-se pelas respostas obtidas por meio do questionário que o ESF é um programa que auxilia bastante as unidades básicas de saúde, promovendo um atendimento que leva até as famílias uma melhor qualidade de vida. Contudo, não consegue “fazer cobertura” de todas as ruas, para todas as famílias.

Apesar os serviços diferenciados (orientação, aferição de pressão, etc.), os atendimentos domiciliares não substituem as consultas nos postos de saúde, uma vez que as unidades oferecem estrutura adequada, recursos e vários profissionais para melhor atender a população.

Viu-se também que o fato de não haver um posto de saúde em todos os bairros que compreendem a cidade de Marabá, dificulta o acesso das pessoas ao mesmo, visto que muitas não possuem condições financeiras para tal deslocamento. Essa situação interfere na qualidade de vida dos moradores, pois apenas os atendimentos do ESF não são capazes de atender todas as demandas.



Outro fato a ser destacado é a periodicidade em que as visitas dos profissionais acontecem. Segundo informado pelos entrevistados, elas são mensais o que atrapalha na qualidade dos serviços do SUS, pois seria interessante que o intervalo de tempo diminuísse para uma melhor aproximação e conhecimento sobre o estado de saúde dos beneficiados.

Vale destacar que a maioria das visitas é feita por agentes comunitários de saúde ou por técnicos de enfermagem; raramente, um paciente do ESF é atendimento em domicílio por um médico ou enfermeiro que, certamente, poderia fazer grandes contribuições. Mas como é de conhecimento público, boa parte dos médicos nem sequer aparecem nos hospitais; portanto, aparecer na residência de um beneficiado do programa acaba se tornando um desejo utópico.

De qualquer forma, conseguiu-se observar que mesmo com tantas limitações o ESF promove diferença positiva na vida das pessoas. Exercendo um papel importante para a saúde da população. O Estratégia Saúde da Família surge como um modelo de reorientação, deixando para trás uma atenção voltada apenas na cura das doenças, nas queixas, nos sinais e sintomas apresentados pelo usuário. Mas visando a execução de um trabalho preventivo a fim de melhorar a qualidade de vida da população.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações básicas em saúde constituem um conjunto de ações de promoção, prevenção e assistência, precisando ser ofertadas de maneira a facilitar o acesso dos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência. Para isso, a geografia entra como elemento imprescindível na elaboração de políticas públicas eficazes na área da saúde.

O modelo de atenção proposto pelo Ministério da Saúde, e adotado pelos estados e municípios, tem sido organizado e orientado para as ações de promoção e prevenção em saúde, buscando romper com a proposta do cuidado curativo, centrado na atenção hospitalar. O objetivo é realizar ações preventivas com a comunidade e a Estratégia Saúde da Família foi criado na proposta de fazer esse tipo de trabalho.

Dessa forma, o ESF tem representado importante iniciativa nesse sentido, pois responde a uma nova concepção de saúde, voltada para a qualidade de vida da população a ser atendida pelo mesmo. Pode-se afirmar que são vários os aspectos que influenciam diretamente no nível de saúde da população, dentre os quais se destacam o processo de trabalho, a falta de oportunidades e as condições socioeconômicas e culturais.

Entretanto, busca-se, através desse programa, atender a maior demanda possível, independente de classe social, idade, profissão ou gênero. A pesquisa de campo pode comprovar essa afirmativa, uma vez que não há distinção no atendimento do ESF às famílias beneficiadas; pelo contrário, os profissionais de saúde procuram abraçar o maior número de cidadãos que puderem, levando saúde aos mesmos.

Por isso, apesar das inúmeras limitações, a ESF tem procurado cumprir a missão de acesso à saúde a todos, levando para dentro da comunidade suas equipes multiprofissionais. Por esse motivo tem adquirido uma real importância para a entrada do usuário aos serviços disponibilizados na Atenção primária.

No entanto, para que a gestão da saúde pública garanta os preceitos Constitucionais, torna-se necessário agir dentro da comunidade. Ou seja, conhecer detalhadamente um determinado território, identificando as necessidades de infraestrutura, saúde e cultural, fazer a identificação da sociedade que ainda não tem garantido o acesso à saúde e assim poder planejar ações que venham proporcionar tal acesso.

No entanto, no presente trabalho fica claro que a ESF ainda não está presente em todas as cidades do País e que em Marabá foi introduzida há pouco tempo, encontrando-se em fase de transição de PACS para ESF. Assim, muitas localidades ainda encontram-se desatendidas por tal política pública, principalmente a área rural de Marabá.

Todavia, a ESF pesquisada tem respondido as ações elencadas para a execução dos serviços prestados, dentro dos princípios e diretrizes a ela propostos, em consonância com as premissas do SUS. A integração entre a saúde e a Geografia por meio de suas contribuições teóricas e práticas subsidiaram de forma efetiva a construção dos territórios da saúde.

A ESF consolida-se, então, como um importante pilar para a promoção da qualidade de vida dos usuários, através da criação de vínculos, garantindo à população adstrita a continuidade das ações de saúde, estimulando as práticas de intervenções preventivas e curativas, neste caso no território do bairro São Miguel da Conquista.

Viu-se que a equipe do ESF que atende no bairro supracitado, desenvolve um excelente trabalho, mas infelizmente não consegue cobrir todas as ruas do mesmo. Ainda assim, com a pesquisa se conseguiu perceber que esse trabalho se configura como essencial para essa comunidade, pois contribui para a qualidade de vida e, de alguma forma, leva saúde a quem tem dificuldade de ir numa unidade básica de saúde.

## REFERÊNCIAS

As cidades médias e a reestruturação da rede urbana Amazônica: a experiência de Marabá no sudeste paraense. Universidade de São Paulo, faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas – Departamento de Geografia. Dissertação de mestrado. RIBEIRO, Rovaine. São Paulo: 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2000. **Avaliação da implantação e funcionamento do PSF**, Brasília; Ministério da Saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Portaria nº 1886/1997**. Reconhece no PACS e no PSF estratégias para o aprimoramento e consolidação dos SUS e aprova normas e diretrizes para tais programas, incorporando ainda a figura normativa do programa similar, Brasília – DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1997.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária / Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, XXX p 2004.

BRASIL. Lei etc. **Lei 8.080/90 de 19 de setembro de 1990**: dispõe as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ/ Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012, 134 p.:il -( Série B. Textos básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. Ed. – Brasília: Ministério em Saúde, 2010, 60p.- (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde; v.7, 2006).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006n. 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 1).

BRASIL. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: MS. 1997.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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

Conselho Federal de Medicina. **Imprensa destaca pesquisa encomendada pelo CFM ao Datafolha sobre a percepção do brasileiro sobre a saúde.** Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=27701%3A2018-06-28-15-18-26&catid=3%3Aportal&Itemid=1](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27701%3A2018-06-28-15-18-26&catid=3%3Aportal&Itemid=1). Acessado em 29/06/2018.

Constituição Federal (Artigos 196 a 200). Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoofederal.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoofederal.pdf). Acessado em 29/06/2018.

DIAS, C.V. Marabá: centro comercial da castanha. **Revista Brasileira de Geografia**, Rio de Janeiro, ano 20, n. 4, p. 383-425, 1958.

Espaço e método/ Milton Santos. – 4 ed. – São Paulo: Nobel, 1997. – (coleção espaços).

**Estratégia Saúde Da Família: Uma Inovação Tecnológica Em Saúde.** Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt\\_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf). Acessado em: 28/06/2018.

FARIA, H. et al. **Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde:** unidade didática 1. Belo Horizonte: UFMG, 2008. 66 p.

FARIA, H. et al. **Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde:** unidade didática 1. Belo Horizonte: UFMG, 2008. 66 p.

Geografia Da Saúde E As Concepções Sobre O Território. **Gestão & Regionalidade - Vol. 23 - Nº 68 - set-dez/2007.** Disponível em: [http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_gestao/article/viewFile/78/39](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_gestao/article/viewFile/78/39). Acessado em 29/06/2018.

Marabá. Wikipédia. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Marab%C3%A1>. Acessado em: 23/06/2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12ª ed. São Paulo : Hucitec, 2010.

Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família.** Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php). Acessado em: 28/06/2018.

Ministério da Saúde. **O Sistema público de Saúde Brasileiro.** Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf). Acessado em 29/06/2018.

MONKEN, M. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância à saúde.** 2003. 170f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.

NOGUEIRA, Helena; REMOALDO, Paula Cristina. **Olhares Geográficos Sobre a Saúde.** Colibri, 2010.

Portal da Educação. **Saúde Pública no Brasil: dias atuais.** Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/medicina/saude-publica-no-brasil-dias-atuais/52515>. Acessado em 29/06/2018.

PORTUGAL, José Luiz. **Sistema de informações geográficas para o Programa de Saúde da Família**. 2003. 120f. Tese (Doutorado Institucional em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.

RAFFESTIN, Claude. *Por uma geografia do poder*. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993.

SANTANA, M.L.; CARMAGNANI, M.I. **Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens**. *Saúde e Sociedade*, v.10, n.1, p.33-53, 2001.

SANTOS, M. *A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção*. - 4. ed. 2. reimpr. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

SANTOS, Milton. SILVEIRA, Maria Laura. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. – 9ª ed. – Rio de Janeiro: Record, 2006.

SCHNEIDER, S. **Ciências sociais, ruralidade e territórios: em busca de novas referências para pensar o desenvolvimento**. *CAMPO-TERRITÓRIO: revista de geografia agrária*, v.4, n. 7, p. 24-62, fev. 2009.

Secretaria Municipal da Saúde de Assis. **Estratégia Saúde da Família**. Disponível em: <http://www.saude.assis.sp.gov.br/index.php/atencao-basica/estrategia-saude-da-familia>. Acessado em 28/06/2018.

STEINBERGER, Marília. **A inseparabilidade entre Estado, políticas públicas e território**. In: STEINBERGER, Marília (Org.). **Território, Estado e políticas públicas espaciais**. Brasília: Ler Editora, 2013.

## APÊNDICE A – Questionário elaborado para cadastrados no ESF.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL E SUDESTE DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
FACULDADE DE GEOGRAFIA



**PESQUISA: GEOGRAFIA E SAÚDE: ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – CASO SÃO MIGUEL DA CONQUISTA – MARABÁ – PA.**

### 1. Informações sobre o entrevistado:

a) Sexo: ( ) F ( ) M    b) Idade: \_\_\_\_\_ c) Profissão: \_\_\_\_\_

### 2. Informações relacionadas á Estratégia de Saúde da Família no bairro São Miguel da Conquista:

a) Você recebe visita da ESF em qual período?

( ) diariamente    ( ) semanalmente    ( ) mensalmente

b) Qual o profissional que você mais recebe atendimento?

( ) ACS    ( ) Téc. Enfermagem    ( ) Enfermeiro    ( ) Médico

c) Que tipo de atendimento vc recebe nas visitas domiciliares da ESF?

d) Você e sua família procuram atendimento no posto Jaime Pinto? ( ) Sim ( ) Não

e) Que tipo de atendimento você busca no posto de saúde?

( ) medicamentos    ( ) vacina    ( ) consulta    ( ) Pccu    ( ) outros

f) Os atendimentos no domicílio substituem o atendimento do posto? ( ) sim ( ) não

g) O Posto Jaime Pinto fica perto da sua casa? ( ) Sim ( ) não

h) Se houvesse um posto de saúde no seu bairro você buscaria atendimento? ( ) Sim ( ) Não

i) A falta de um posto de saúde no bairro prejudica a saúde dos moradores? ( ) Sim ( ) Não

j) Na sua opinião os atendimentos da ESF são suficientes para suprir a demanda do bairro São Miguel da Conquista? ( ) Sim ( ) Não

k) Você acha que os atendimentos da ESF contribui para o indivíduo ter uma boa saúde?


( ) Sim    ( ) Não

Discente : Cislene Pereira Alves – MAT. 201140206038





ANEXO B- – Formulário do e-SUS para os profissionais de nível médio.

	FICHA DE PROCEDIMENTOS	DIGITADO POR:	DATA: / /
			CONFERIDO POR:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
<b>TURNO*</b>	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
<b>Nº PRONTUÁRIO</b>															
<b>CNS DO CIDADÃO</b>															
<b>Data de nascimento*</b>	Dia/mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Ano														
<b>Sexo* (F) Feminino (M) Masculino</b>	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
<b>Local de atendimento*</b>															
<b>Escuta inicial/orientação</b>															
Procedimentos/Pequenas cirurgias*	Acupuntura com inserção de agulhas														
	Administração de vitamina A														
	Cateterismo vesical de alívio														
	Cauterização química de pequenas lesões														
	Cirurgia de unha (cantoplastia)														
	Cuidado de estomas														
	Curativo especial														
	Drenagem de abscesso														
	Eletrocardiograma														
	Coleta de citopatológico de colo uterino														
	Exame do pé diabético														
	Exérese/biópsia/punção de tumores superficiais de pele														
	Fundoscopia (exame de fundo de olho)														
	Infiltração em cavidade sinovial														
	Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal														
	Remoção de corpo estranho subcutâneo														
	Retirada de cerume														
	Retirada de pontos de cirurgias														
	Sutura simples														
	Triagem oftalmológica														
Tamponamento de epistaxe															
Teste rápido	De gravidez														
	Dosagem de proteinúria														
	Para HIV														
	Para hepatite C														
	Para sífilis														
Administração de medicamentos	Oral														
	Intramuscular														
	Endovenosa														
	Inalação/Nebulização														
	Tópica														
	Penicilina para tratamento de sífilis														
Subcutânea (SC)															

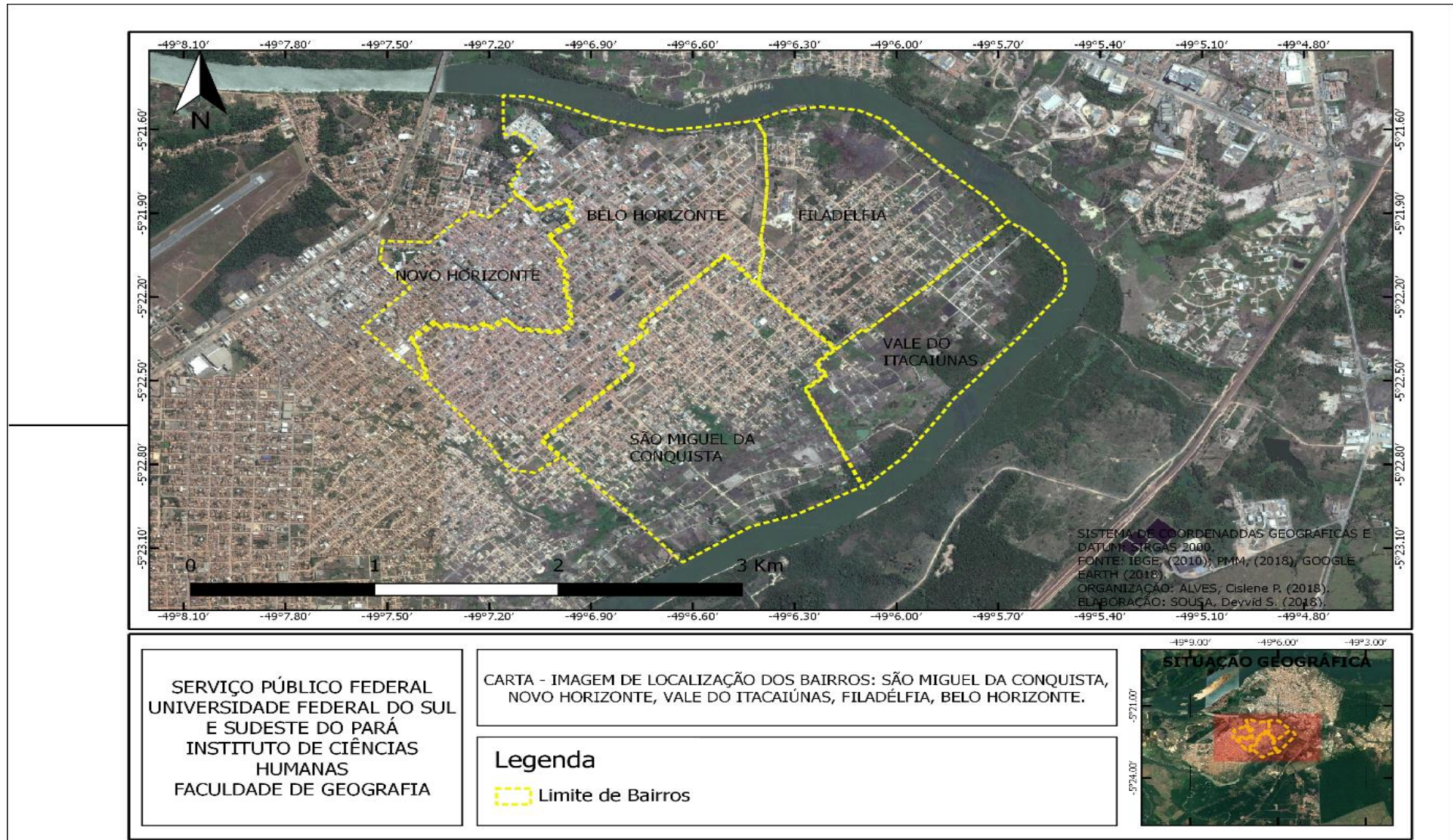
Imagem 01: Localização do Bairro São Miguel da Conquista em Marabá – PA, 2016.



Fonte: IBGE (2010); Organização: ALVES, C.P; Elaboração: SOUSA, D.S.



**Imagem 02: Localização da área de abrangência da Estratégia e Saúde da Família do Centro de Saúde Jaime Pinto.**



**Fonte:** IBGE (2010); Organização: ALVES, C.P; Elaboração: SOUSA, D.S.